

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1957

THÈSE

890

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jacqueline SEVIN née CONSTANTIN

Licenciée ès-Lettres

Née le 15 novembre 1921, à Montmorency (Seine-et-Oise)

Présentée et soutenue publiquement le

195

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DE
L'ANOREXIE MENTALE

Président : M. DECOURT, Professeur

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, RUE DEPARCIEUX, 29
1957

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : SEVIN

Prénom : JACQUELINE

Nom de jeune fille : CONSTANTIN

Date de soutenance :

Numéro d'ordre :

(Ces deux mentions seront complétées par le Service de la Bibliothèque)

SEVIN (JACQUELINE), née
CONSTANTIN. — Contri-
bution à l'étude de l'anorexie
mentale. — Paris, Imp. R.
Foulon, 1957, in-8°, 75 p.

(Thèse Médec. (Etat), Paris,
1957, N°).

SEVIN (JACQUELINE), née
CONSTANTIN. — Contri-
bution à l'étude de l'anorexie
mentale. — Paris, Imp. R.
Foulon, 1957, in-8°, 75 p.

(Thèse Médec. (Etat), Paris,
1957, N°).

SEVIN (JACQUELINE), née
CONSTANTIN. — Contri-
bution à l'étude de l'anorexie
mentale. — Paris, Imp. R.
Foulon, 1957, in-8°, 75 p.

(Thèse Médec. (Etat), Paris,
1957, N°).

SEVIN (JACQUELINE), née
CONSTANTIN. — Contri-
bution à l'étude de l'anorexie
mentale. — Paris, Imp. R.
Foulon, 1957, in-8°, 75 p.

(Thèse Médec. (Etat), Paris,
1957, N°).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1957

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jacqueline SEVIN née CONSTANTIN

Licenciée ès-Lettres

Née le 15 novembre 1921, à Montmorency (Seine-et-Oise)

Présentée et soutenue publiquement le

195

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DE
L'ANOREXIE MENTALE

Président : M. DECOURT, Professeur

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, RUE DEPARCIEUX, 29
1957

DOYEN HONORAIRE :

M. Baudouin

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Baudouin, Bénard (H.), Brocq, Cadenat, Carnot, Chabrol, Champy, Chevassu, Debré (R.), Delbet, Donzelot, Gastinel, Guillaïn, Halphen, Harvier, Laroche (G.), Laubry, Lemaître, Lévy-Solal, Lhermitte, Lian, Loeper, Marion, Mathieu, Mocquot, Mondor, Mulon, Olivier (E.), Richet (Ch.), Sannié, Sézary, Tanon, Velter.

DOYEN LÉON BINET
Membre de l'Institut

ASSESEUR JEAN VERNE

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	CORDIER (G.)
Anatomie pathologique	DELARUE (A.)
Bactériologie	FASQUELLE
Biologie appliquée à l'Education physique et aux sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Carcinologie	OBERLING (C.)
Chimie médicale	JAYLE (M.-F.)
	MÉNÉGAUX (G.)
Cliniques chirurgicales	DE GAUDART-D'ALLAINES (F.)
	MOULONGUET
	QUÉNU (J.)
	MERLE D'AUBIGNÉ (R.)
Clinique chirurgicale réparatrice et orthopédique	MOUQUIN (M.)
Clinique de cardiologie	FÈVRE (M.)
Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie	MONOD (R.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire	BERNARD (Et.)
Clinique de la tuberculose	PETIT-DUTAILLIS (D.)
Clinique de neuro-chirurgie	LELONG (M.)
Clinique de puériculture	DEGOS (R.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	CHEVALIER (P.)
Clinique des maladies du sang	ALAJOUANINE (T.)
Clinique des maladies du système nerveux	CATHALA
Clinique des maladies des enfants	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies infectieuses	DELAY (J.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	FUNCK-BRENTANO (P.)
Clinique gynécologique	BARIETY
	JUSTIN-BESANÇON
Cliniques médicales	MOREAU (R.)
	DE GENNES (L.)
	DEBRAY (Ch.)
Clinique médicale d'hydro-climatologie thérapeutique	PASTEUR VALLERY-RADOT (L.)
Clinique médicale propédeutique	
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition	BOULIN (R.)
	LANTUÉJOUL (P.)
Cliniques obstétricales	VARANGOT
	LACOMME (M.)
Clinique ophtalmologique	RENARD
Clinique oto-rhino-laryngologique	AUBIN (A.)
Clinique physio-pathol. des problèmes alimentaires	HAMBURGER
Clinique psychiatrique infantile	HEUYER (C.)
Clinique rhumatologique et sociale	COSTE (F.)
Clinique stomatologique	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale	SÈNÈQUE (J.)
Clinique thérapeutique médicale	LEMAIRE (A.)
Clinique urologique	FÉY (B.)

Embryologie	GIROUD (A.)
Génétique médicale	LAMY (M.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	SOULIÉ
Histologie	VERNE (J.)
Hygiène et clinique de la première enfance	TURPIN
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (C.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	PIÉDELIÈVRE (R.)
Parasitologie et histoire naturelle médicale	GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale	SICARD
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	LENÈGRE (J.)
Pathologie humorale et immunologie expérimentale .. (chaire à titre personnel)	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	BARIÉTY (M.)
Pathologie et thérapeutiques générales	GARCIN (J.)
Pédiatrie sociale	MARIE (J.)
Pharmacologie et matière médicale	HAZARD (R.)
Physico-chimie médicale (chaire à titre personnel) ..	DOGNON (A.)
Physiologie	BINET (L.)
Physique médicale	STROHL (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale	PATEL (J.)
Thérapeutique	BROUET

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES ET AGREGES

MM.		MM.	
Anatomie	{ DELMAS (A.) <i>pr. s. ch.</i> DEBEYRE (J.) OLIVIER CABROL	Obstétrique	{ MORIN (P.) RAVINA (J.) LELORIER ROBEY
Anatomie pathologique	{ GAUTHIER-VILLARS (Mlle P.) <i>pr. s. ch.</i> BUSSE (F.) GOUYGOU (Ch.)	Ophtalmologie	{ DESVIGNES (P.) BRÉGEAT
Bactériologie	{ NÉVOT (A.) CHRISTOL	Orthopédie	JUDET (R.)
Biochimie médicale	{ ETTORI (J.) <i>pr. s. ch.</i> POLONOVSKI (J.) SCHAPIRA DESGREZ (P.)	Oto-rhino- laryngologie	{ AUBRY (M.) MADURO (M.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)	Parasitologie	{ CHABAUD (A.) BRUMPT (L.)
Dermato- syphiligraphie	DUPERRAT (F.)		{ ABOULKER (P.) BAUMANN (J.) GOSSET (J.) LAURENCE (G.) LORTAT-JACOB (J.) OLIVIER (Cl.) POILLEUX (F.) VERNE (J.-M.) BARCAT CAUCHOIX DUBOST FAUREL FLABEAU GERMAIN MATHEY THOMERET
Embryologie	TÜCHMANN	Pathologie chirurgicale	{
Histologie	{ BULLIARD (H.) <i>pr. s. ch.</i> COUJARD		{
Hydrologie	CORNET		{
Hygiène	{ BOYER (J.) <i>pr. s. ch.</i> DEPARIS (M.) <i>pr. s. ch.</i>		{
Maladies infectieuses	BASTIN		{
Médecine légale et du travail	{ DEROBERT (L.) <i>pr. s. ch.</i> GAULTIER (M.) HADENGUE (A.) ALBAHARY		{
Neurochirurgie	DAVID (M.)	Pathologie expérimentale	{ MAURICE LOEPER (J.)
Neurologie	LHERMITTE		{
Obstétrique	{ GRASSET (J.) LEPAGE (F.) MERGER (R.)	Pathologie médicale	{ BERNARD (J.) BOUDIN (G.) CASTAIGNE (P.) CONTE (M.) DOMART (A.)

	MM.		MM.
Pathologie médicale	LAMOTTE (M.)	Physiologie . . .	{ BARJETON (D.) <i>pr. s. ch.</i>
	LAROCHE (Cl.)		{ PARROT (J.) <i>pr. s. ch.</i>
	MILLIEZ (P.)		{ DEJOURS (P.)
	PÉQUIGNOT (H.)	Physique	
	PERRAULT (M.)	médicale	{ DJOURNO (A.) <i>pr. s. ch.</i>
	RAMBERT (P.)		{ GOUGEROT (L.) <i>pr. s. ch.</i>
	THIEFFRY (St.)	Pneumo- phtisiologie . .	KREIS (B.)
	TURIAF (J.)	Psychiatrie . . .	{ BARUK
	BOUVIER		{ PICHOT
	BRICAIRE	Psychiatrie infantile	MICHAUX (Z.)
	BRISAUD	Rhumatologie . .	DELBARRE
	DEROT	Stomatologie . .	{ CHAPUT (Mme A.)
	MALREZ		{ CERNÉA (P.)
Pédiatrie	ROYER	Thérapeutique . .	{ CHASSAGNE
	WOLFROMM		{ PERRAULT
	JOSEPH (R.)	Urologie	KUSS (R.)
Pharmacologie . .	POLONOVSKI (Cl.)		
	MOZZICONACCI		
	CHEYMOL (J.) <i>pr. s. ch.</i>		
	LÉVY (Mlle J.) <i>pr. s. ch.</i>		

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

	MM.		MM.
Clinique chirurgicale . . .	AMELINE (A.)	Clinique médicale	{ KOURILSKY (R.)
	HUGUIER (J.)		{ MARCHAL (G.)
	LÉGER (L.)	Clinique obstétricale . . .	{ ESCALLE (G.)
	PADOVANI (P.)		{ MAYER (M.)
	ROUX (M.)	Clinique ophtalmologique	OFFRET (G.)
	RUDLER (J.C.)	Clinique urologique	COUVELAIRE (R.)
Clinique médicale	DREYFUS (Gilbert)		
	HAGUENAU (M.) <i>pr.s.ch.</i>		

Secrétaire général de la Faculté M. MOREL (J.)
 Secrétaire Mlle CHAINTREUIL (G.)

Conservateur, chargé de la direction M. le Docteur HAHN (A.)
 Conservateur Mlle GOICHON
 Bibliothécaires { Milles DUMAITRE (P.), LAURENT (H.),
 LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41551516_0016

A MES PARENTS

Que leur affectueuse confiance, leur aide et leur dévouement inlassables trouvent au terme de ces longues années d'étude le témoignage de ma profonde reconnaissance.

A MON MARI

Gynécologue-Assistant au Centre Médico-Chirurgical Foch

Etudiant courageux, travailleur acharné même dans l'adversité, son soutien indéfectible et sa compréhension ont permis ma formation médicale à laquelle il s'est étroitement associé.

Médecin accompli, ses qualités professionnelles et profondément humaines me serviront d'exemple.

A MES FILS, PHILIPPE ET PATRICK

Je souhaite pouvoir les aider à devenir dans la vie des hommes généreux de cœur et d'esprit.

A MES BEAUX-PARENTS

En témoignage de mon affectueuse reconnaissance.

A MON FRÈRE, MON BEAU-FRÈRE

ET MES BELLES-SŒURS

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DECOURT

Professeur de Pathologie Médicale à la Faculté de Médecine de Paris

Chevalier de la Légion d'Honneur

Qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Qu'il trouve ici l'expression de ma profonde gratitude.

A NOTRE MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR M. FERRIER

Médecin de l'Hôpital M.H. de Rothschild

Médecin Consultant d'Endocrinologie

à l'Hôpital Psychiatrique de Ville-Evrard

Chevalier de la Légion d'Honneur

Avec l'expression de notre reconnaissance pour l'accueil particulièrement bienveillant qu'il nous a réservé dans son service et les précieux conseils qu'il nous a prodigués dans la rédaction de cette thèse.

A MONSIEUR LE DOCTEUR P. DELAFONTAINE

Médecin de l'Hôpital de Saint-Denis

Qu'il trouve ici le témoignage respectueux de notre gratitude pour l'enseignement clinique que nous lui devons.

A MONSIEUR LE DOCTEUR P. CHOUBRAC

Médecin des Hôpitaux

*Pour l'heureuse influence qu'il exerça sur
nos études et l'amicale sympathie qu'il nous
a toujours manifestée.*

Introduction

Il n'est pas dans nos intentions de reprendre l'étude détaillée de l'anorexie mentale dont l'essentiel est bien connu depuis la description initiale de LASÈGUE en 1873.

— Monsieur le Professeur Jacques DECOURT a consacré de nombreux travaux à cette maladie. Il a d'abord souligné l'intérêt d'en connaître l'historique.

Son étude de l'« Anorexie mentale au temps de LASÈGUE et de GULL » situe l'évolution des connaissances depuis lors, et l'interprétation des signes du syndrome jusqu'à son individualisation actuelle.

— C'est MORTON, en 1689, qui définissait l'« Anorexie nervosa » comme étant « l'altération du principe vital et le bouleversement des forces nerveuses ».

— Charles LASÈGUE, en 1783, reprend la description de la maladie en l'intitulant « faute de mieux » : « De l'anorexie hystérique » ; et il ajoute : « Le nom d'anorexie aurait pu être remplacé par celui d'inanition hystérique qui représenterait mieux la partie la plus saillante des accidents ».

— J. DECOURT regrette qu'il n'ait pas gardé ce titre, car, dit-il, « l'anorexie n'est pas toujours le phénomène initial, bien des malades après leur guérison reconnaissent qu'elles ont d'abord lutté contre la faim avant d'entrer dans l'anorexie véritable ».

— Dans son mémoire, LASÈGUE écrit textuellement : « Je ne saurais trop insister sur ces névroses des organes splanchniques et sur leurs rapports avec certains états cérébraux », et ceci à propos des troubles divers que les malades rendent responsables de leur anorexie.

LASÈGUE ouvre ainsi la voie à la pathologie psycho-somatique, comme le fait remarquer J. DECOURT.

(1) J. DECOURT : *Presse Médicale*, 3 mars 1954, 62, n° 16, 355-358.

— Au sujet de l'influence de l'entourage de la malade, nous trouvons les commentaires suivants :

« La famille n'a à son service que deux méthodes, prier ou menacer, et qui servent l'une et l'autre comme pierre de touche » et « du moment qu'il intervient un élément moral dont l'existence est hors de doute, le milieu où vit la malade exerce une influence qu'il serait également regrettable d'omettre ou de méconnaître ».

— Pour J. DECOURT, si LASÈGUE « n'a pas tiré les conséquences pratiques et thérapeutiques de l'isolement, c'est sans doute parce qu'à cette époque où l'hystérie était en pleine effervescence, elle était de réalisation difficile ».

— GULL, en 1873, devant le « Clinical Society », fait également le tableau clinique de la maladie qui est « plus centrale que périphérique » et « exige un contrôle moral et si possible un changement dans les relations familiales ».

— Il faut arriver à HUCHARD, en 1883, pour voir le syndrome prendre le nom d' « Anorexie mentale », et à CHARCOT, en 1885, pour mettre en valeur la thérapeutique de l'isolement.

— C'est DÉJÉRINE qui établit la psychothérapie et met en pratique la thérapeutique de l'isolement du milieu familial.

— Commentant les articles de BERDT-HOWELL, J. DECOURT note que « la guérison de l'anorexie mentale est rendue très difficile chez les malades qui ont séjourné dans des services psychiatriques et s'y sont senties humiliées », « l'attitude incompréhensive du médecin pouvant enraciner la névrose ».

— Après la période de confusion due à la description de la « cachexie hypophysaire » par SIMMONDS en 1914, nous ne retrouvons la distinction du syndrome Anorexie Mentale que vers 1938 après de nombreux travaux et notamment ceux de J. DECOURT.

— A ce syndrome connu depuis si longtemps, il semble que l'on puisse difficilement ajouter quelque chose...

Pourtant certaines notions étiologiques, en particulier celles qui ont trait à l'esthétique, ont une incidence psychogène qu'il nous paraît intéressant de mieux connaître.

Dans le domaine thérapeutique, à propos duquel J. DECOURT a déjà fait remarquer que l'isolement en service psychiatrique pouvait être plus nuisible qu'utile (ce qui constitue déjà une critique de certains modes d'isolement en même temps qu'une critique de l'attitude du médecin) il semble qu'on puisse dans certains cas éviter l'isolement pour le plus grand intérêt de la malade et de sa famille.

Pour notre Maître M. FERRIER, certaines observations paraissent imposer la conviction que si la cure d'isolement est d'une utilité hors de conteste à un stade avancé de la maladie alors que le pronostic vital est en jeu, ou dans certaines formes particulièrement rebelles, « la cure ambulatoire de l'anorexie mentale » sans isolement du milieu familial demeure souvent possible.

— Enfin, à propos du diagnostic, nous nous efforcerons de préciser qu'il existe une anorexie mentale que l'on pourrait dire pure, et à côté de celle-ci des formes de dépression nerveuse avec amaigrissement et anorexie qui peuvent prêter à confusion et qui à notre sens devraient en être distinguées. Ces formes particulières de dépression nerveuse nous paraissent constituer la difficulté majeure du diagnostic différentiel de l'anorexie mentale lorsque, évidemment, on a soigneusement éliminé toutes les « causes organiques » d'anorexie et d'amaigrissement.

(2) M. FERRIER : « Cure ambulatoire de trois cas d'anorexie mentale », *Annales Médico-Psychologiques*, juillet 1954, t. 2, n° 2.

Etiologie

L'anorexie mentale, en dépit des recherches faites à ce jour, demeure une affection dont l'origine et la genèse restent sinon mystérieuses, du moins encore chargées d'obscurités et d'incertitudes.

Ceci explique, qu'à son propos, des études puissent se poursuivre. Elles légitiment en quelque sorte notre travail.

Certes nous ne pouvons y apporter la pleine lumière ; celle-ci, sur le plan étiologique, ne semble en fait possible que dans la mesure où l'anorexie mentale n'étant pas une « maladie » mais un « syndrome », son étiologie est par définition diverse : c'est un carrefour où convergent bien des voies.

Notre étude, ainsi que nous l'avons déjà dit, portera principalement sur l'influence qu'une notion esthétique peut avoir dans la constitution de l'anorexie mentale, sur la fréquence avec laquelle elle intervient, sur les particularités qu'elle affecte chez ces malades, sans toutefois prétendre, évidemment, que l'esthétique joue un rôle exclusif : nous y reviendrons.

Cette notion d'esthétique n'est pas admise par tous les auteurs. Beaucoup la signalent mais la plupart — et Cl. LAUNAY en particulier — ont tendance à en minimiser l'importance sans toutefois la nier totalement.

Pour Cl. LAUNAY : « L'argument le plus souvent invoqué, non pas tant par les patientes, mais par les médecins et par les proches, est le "souci esthétique" : on soupçonne que la raison déterminante du refus de manger a été pour cette jeune fille, de ne pas grossir pour garder "sa ligne". Il y a là une part de vérité, mais c'est une interprétation un peu simpliste, qui ne tient aucun compte de tout le contexte mental » ... « c'est une de ces rationalisations, une de ces explications logiques forgées pour les besoins de la cause, auxquelles le plus souvent les preuves manquent ».

Il est aisé d'établir une liaison entre le désir d'être svelte et le refus de s'alimenter. Il ne nous semble pas que cette équation sim-

pliste soit admise sans restriction par les parents. Ces derniers ne sont pas toujours tellement persuadés que le désir de garder « la ligne » soit le seul motif de l'état squelettique de leur enfant. Ils sont souvent frappés par le contraste entre la laideur de l'extrême émaciation et le motif esthétique qui en a été le prétexte. Nombre d'entre eux qui admettent avec nous le désir de maigrir comme « *primum movens* » de la maladie de leur fille, n'en sont pas moins déconcertés par la contradiction entre la pitié qu'elle inspire et l'attrait qu'elle recherchait.

Ils sont donc amenés à considérer, comme nous l'avons dit nous-mêmes, que le désir de maigrir est, chez leur enfant, une volonté anormale, en fait une obsession, dont la poursuite obstinée amène la malade à dépasser de très loin le but qu'elle s'était assigné.

Enfin il nous paraît indispensable de souligner que la mise en évidence des motifs d'ordre esthétique conditionnant de l'anorexie mentale est presque toujours d'une extrême difficulté. C'est une recherche souvent pénible, souvent aussi infructueuse. Il s'agit d'une véritable « chasse au motif », et l'on peut concevoir que cette enquête toute de délicatesse et de patience puisse ne pas convenir à tous les tempéraments.

En effet, ce ne sera pour ainsi dire jamais lors du premier interrogatoire que la malade expliquera son cas. « Elle est fermée. »

Il faudra beaucoup de patience, et ce n'est qu'après une amélioration notable, ou parfois lors de la guérison, mais beaucoup plus fréquemment très longtemps après la fin de la maladie (voire un ou deux ans après) que la malade consentira à donner des éclaircissements sur les motifs de son comportement. Il n'est pas toujours aisé de conserver pendant des délais aussi longs le contact avec les malades d'hôpital, de telle sorte que nombre d'entre elles gardent secret le motif de leur anorexie.

La mise en confiance et un net retour à la santé suffisent pour rendre certains sujets plus communicatifs. Pour d'autres, ces éléments ne paraissent pas suffisants, et les aveux ne deviennent possibles qu'après une maturation d'esprit indispensable. A ce stade seulement, la malade, souvent intelligente, arrive à surmonter la honte d'avoir à confesser un fatras tel, de puérilité, de futilité, voire même de sottises que pendant longtemps tout aveu était frappé d'impossibilité.

Il nous a paru fréquent que ce sentiment de honte puisse être à l'origine de l'attitude fermée et même hostile de certaines de ces malades. Il est vraisemblable que confiance, retour à la santé et maturation s'allient pour transformer la mentalité de la malade et per-

mettre ensuite un meilleur contact avec elle. Les motifs psychogènes restant identiques, il semble que la possibilité de l'aveu qui vient à son heure, soit particulièrement liée à la maturation d'esprit.

Un sujet plus orgueilleux ou moins intelligent (ce qui coexiste souvent) se mure plus facilement dans son secret qu'il garde contre toute vraisemblance de façon puérile, obstinée et surtout stupide.

Dans tous ces cas, il ne faut pas méconnaître à côté du facteur familial extrêmement important sur lequel nombre d'auteurs insistent et qu'il y a lieu de mettre en relief, le rôle non moins important que peut jouer le médecin.

Le point que nous soulevons ici n'est absolument pas d'ordre déontologique, et les qualités professionnelles n'entrent pour rien dans l'opinion qu'il nous paraît justifié d'émettre. Nous avons vu que J. DECOURT lui-même insiste sur l'attitude incompréhensive de certains. C'est en fait, mettre en relief une qualité d'ordre humain et non d'ordre professionnel. Il nous a semblé, qu'à la base de l'incompréhension signalée par J. DECOURT, figuraient deux facteurs d'inégale importance ; parfois un simple défaut de curiosité, bien plus souvent en fait une « sensibilisation » à l'encontre de ces malades si particulières, de telle sorte que le contact entre elles et certains médecins engendre pour ceux-ci un état de malaise dont l'extériorisation est variée : impatience, colère, mépris. Ainsi se trouve créée une ambiance bien peu favorable à la « chasse au motif », et qui peut être néfaste à la thérapeutique.

La confiance, facteur capital entre malade et médecin, ne s'établira alors jamais, et les motifs psychogènes de l'anorexie mentale resteront inavoués ou méconnus, ce qui n'en exclut pas, bien au contraire, la fréquence.

Lorsque ces motifs sont d'ordre esthétique, ce qui nous paraît assez fréquent, ils se présentent de façon très particulière et obéissent à des critères qui s'écartent notablement de la notion d'esthétique communément admise.

Poursuivant avec intransigeance un but esthétique, les anorexiques mentales, nous l'avons déjà signalé, en arrivent toujours au terme de leur effort à un résultat strictement opposé à celui qu'elles cherchaient : le teint terreux, émaciées, d'allure souffreteuse, d'un abord difficile, elles demeurent dépourvues de charme et d'attrait. Tout au plus — du moins aimerait-on le croire, mais cela reste douteux — peuvent-elles encore se plaire à elles-mêmes.

On en vient tout naturellement à se demander si les critères de la plastique féminine peuvent jouer un rôle dans la genèse de l'anorexie mentale.

1) ROLE DE LA MODE

Le fait est bien connu qu'ils varient beaucoup selon les époques et nombreux sont les tableaux de maîtres qui nous en laissent le témoignage.

Lointaine est la mode des « rondeurs » à la Rubens. Adaptée à une vie active, ayant souvent une occupation professionnelle, la femme moderne a supprimé en même temps que les longues jupes un embonpoint encombrant.

La notion de « santé » évoluant, la pratique des sports faisant partie intégrante de la vie scolaire, puis estudiantine, enfin sociale, ont réformé la notion de « mode », de « ligne » et « d'esthétique ». Ce sont là des critères auxquels la jeune fille peut être très sensible et qu'elle n'ignore pas car revues et cinéma les divulguent à profusion.

La plastique d'une vedette en renom, la ligne filiforme préconisée par tel grand couturier connu, sont autant « d'épines irritatives » pour quiconque n'est pas doté du physique adéquat.

Nombre de jeunes filles sont hantées par l'idée — avouée ou non — de ce que sera leur silhouette en période de vacances. L'habitude d'un bronzage généreux qui a vu se rétrécir les maillots, la pratique des sports nautiques et le port du short ne sont pas faits pour mettre en valeur une plastique trop généreuse.

Certaines jeunes filles ou jeunes femmes avouent volontiers qu'elles veulent maigrir pour « être correctes en été ».

Le port du pantalon est devenu chez les femmes jeunes la tenue de voyage, voire même du travail. Nombreuses sont les adolescentes qui vont ainsi habillées au lycée ou à la faculté. Le fuseau de ski pour les habituées des sports d'hiver, la tenue équestre et la mode de ces dernières années des colants « type corsaire », pour être passés dans les habitudes vestimentaires féminines, n'en sont pas moins autant de facteurs qui nécessitent une plastique dénuée d'embonpoint et ce sous peine d'être ridicule.

Reste également à noter la façon dont le sexe masculin considère les critères d'élégance féminine.

Autrefois, le jeune homme admirait la « femme plantureuse », aux traits souvent empâtés, aux larges hanches.

Puis la silhouette en faveur a évolué avec la compression du buste dans les corselets serrés, tandis que les jupes à paniers masquaient hanches et membres inférieurs.

Après la guerre de 1914, les jupes très courtes, la taille basse et libre sont une révolution qui amorce l'affinement. Actuellement,

l'homme considère comme plaisante la silhouette féminine svelte, élancée, de type pubertaire, membres inférieurs longs, taille fine, buste peu développé. De ce type, on a voulu avec complaisance accuser le côté juvénile en laissant une coiffure enfantine encadrer le visage : cheveux très courts, ébouriffés ou raides.

Un mot en terminant des plaisirs de la jeunesse actuelle afin de situer un peu son « climat » d'évolution. Si les sports l'emportent de beaucoup, la danse n'en demeure pas moins un plaisir très en faveur. Et l'on comprend, étant donné l'évolution des rythmes depuis l'importation du jazz de la Nouvelle-Orléans, qu'il n'est guère possible de s'adonner aux extravagantes figures en vogue qu'à condition d'être svelte et léger.

Ceci forme un tout qui aboutit à la mise en vedette de la silhouette féminine pubertaire.

Centrée sur la notion d'esthétique, obnubilée par quelques kilos superflus ou redoutant de les prendre, effrayée par l'obésité réelle d'une mère, d'une grand-mère ou d'une amie, la jeune fille peut évoluer vers une anorexie mentale dont ces divers motifs sont autant de thèmes obsessionnels.

Il est pourtant certain, et l'on doit le reconnaître, que la conception actuelle de l'esthétique est bien différente de ce qu'elle était lorsque fut décrite l'anorexie mentale. C'est dire que, quelle que soit l'importance et la valeur des soucis d'esthétique et des motifs de cet ordre, ils n'ont pas l'exclusivité dans l'origine et le conditionnement de l'anorexie mentale. Il y a donc dans cette maladie autre chose qu'un motif futile : il y a l'importance qu'y attache le sujet, importance liée vraisemblablement au terrain mental particulier de celui-ci.

2) LE TERRAIN NEVROSE DE L'ANOREXIE MENTALE

D'ailleurs « anorexie *hystérique* » pour LASÈGUE, « anorexie *nervosa* » pour GULL, puis « anorexie mentale » pour HUCHARD : chacun de ces titres impliquant pour ces auteurs un état psychique très particulier de la malade, un terrain « mental » infiniment fragile. Ces notions de psychisme et de terrain représentant pour eux une étiologie au demeurant encore très confuse.

Dans une Thèse (1) inspirée par son Maître J. DECOURT, MICHARD rapporte 7 observations d'anorexie mentale ayant pour origine un chagrin d'amour ou des flirts déçus de lycéennes. Il relate parmi les données étiologiques, des faits de guerre, des émotions violentes, et

(1) « Étude clinique, biologique et critique de l'anorexie mentale », Paris, 1950.

tout ce qui peut traumatiser une sphère affective par ailleurs très vulnérable. Les conflits familiaux pouvant être à l'origine de l'anorexie mentale.

Recherchant les causes de l'anorexie mentale, C. LAUNAY signale également les traumatismes affectifs « "déception sentimentale", tentative de viol ou beaucoup plus simplement échec à un examen longuement préparé » qui peuvent être déterminants, ou ce « qui est plus fréquent n'avoir été qu'une cause apparente. Il y avait auparavant des éléments névrotiques, un conflit familial permanent ».

LABOUCHARIÉ et BARRES citent à l'origine d'anorexies mentales, des cas de mésentente conjugale, des cas d'adoption et « un certain nombre de ménages dont l'un des conjoints était visiblement névrosé ou en tous cas mal équilibré ».

Pour ALBEAUX-FERNET comme pour C. LAUNAY, le conflit « mère-fille » est très important dans la genèse de l'anorexie mentale car c'est dans un « climat tendu et anxiogène » que l'enfant grandit. « Et c'est à l'époque où la fillette doit s'ouvrir à la vie, entrer dans ce monde incertain, effrayant et masculin » que le « désarroi est d'autant plus angoissant qu'elle est en conflit violent bien qu'inavoué avec sa mère ».

Dans les cas où les causes ne furent pas mises en évidence, MICHARD pose le problème du terrain psychiatrique de l'anorexie mentale, « d'un terrain spécial avec fragilité anormale des constructions psychiques ».

Il cite également l'origine esthétique chez l'adolescente dont ses camarades se moquent, la traitant de « boulotte ».

En reprenant le thème esthétique que C. LAUNAY (1) qualifie de « simpliste » — et qui l'est en fait si l'on se fie aux seules apparences — nous insistons sur l'optique très particulière, très personnelle de chaque malade. Chacune d'elle a une optique qui lui est propre et l'amène à vouloir corriger un défaut physique réel ou imaginaire en supprimant la nourriture qu'elle rend responsable d'une disgrâce insupportable. Disgrâce qui pour les unes peut être la rondeur du visage, la largeur des hanches ou le volume de la poitrine. Pour d'autres, la prééminence de la région fessière ou l'infiltration cellitique des cuisses.

Caractéristique enfin, est l'observation d'une jeune fille chez qui une érythrose post-prandiale du visage qu'elle seule a remarquée,

(1) Cl. LAUNAY : « Anorexie mentale des grandes enfants et des adolescentes », *Gazette Médicale de France*, 1^{er} novembre 1956.

devient un thème esthétique obsessionnel, qui la conduit à une anorexie mentale sévère.

Cette jeune fille pourtant était fiancée et heureuse de l'être. Son état de santé devenant inquiétant incita le fiancé à différer la date du mariage. Cette circonstance, qui aurait pu être un « choc sentimental », n'influença en rien l'évolution de la maladie dont le début et la période d'état étaient nettement antérieurs.

Traitée en cure ambulatoire, lorsqu'elle fut très améliorée, sinon guérie, elle partit en province revoir son fiancé et lui faire préciser ses intentions. Il lui signifia sans ménagements une rupture définitive. Ce nouveau choc n'empêcha pas la malade de reprendre du poids, malgré un très réel chagrin. Le milieu familial était resté sans changement avec un père anxieux aimant beaucoup sa fille sans toutefois l'encombrer de son affection et une mère sans reproche. Ni le milieu familial, ni la rupture de fiançailles en deux temps ne peuvent dans ce cas être considérés comme des motifs valables de l'anorexie mentale. Ce n'est que deux ans environ après la guérison que la jeune fille a avoué combien l'érythrose post-prandiale du visage l'avait obsédée. Erythrose réelle ou imaginaire, thème obsessionnel, l'empêchant de prendre en considération les résultats catastrophiques de son comportement : maigreur pitoyable, inquiétante sinon repoussante, amenant d'abord la suspension des pourparlers de mariage puis la rupture définitive.

Cette observation nous amène à discuter la valeur du choc sentimental ou affectif et l'influence du milieu familial, facteurs qui pour certains auteurs paraissent souvent intriqués.

3) *ROLE DU CHOC*

Peut-on attribuer au choc émotionnel, sentimental ou affectif, une valeur autre que celle communément admise ?

Est-il utile de souligner que les chocs de cette nature et à l'âge de nos malades sont loin d'entraîner comme conséquence obligatoire la constitution d'une anorexie mentale.

Dans de tels cas, le choc est ressenti très douloureusement sans que le comportement de celle qui l'a subi soit modifié autrement que par une tristesse évidente, parfois même un manque d'intérêt vital qui reste transitoire. Ces éléments n'entraînant finalement pas d'atteinte sérieuse du comportement.

Chez des « prédisposées », et c'est là le point crucial, le choc entraîne un état de dépression nerveuse plus ou moins intense, au cours duquel les mêmes éléments sont très accentués. Tristesse foncière, abattement, pleurs immotivés, indifférence, manque d'appétit

vital, ainsi qu'une frilosité paradoxale, une asthénie anormale rendant pénibles les mouvements volontaires (voire même les empêchant) et aboutissant à un ralentissement ou à une impossibilité d'effectuer tout travail. Enfin l'anorexie, lorsqu'elle s'ajoute à cette description, peut-elle être considérée comme une anorexie mentale pure ? C'est ce que nous nous proposons de discuter plus en détail en étudiant le diagnostic différentiel de cette affection.

Quant à l'influence que peuvent avoir sur ces sujets prédisposés les remarques concernant leur esthétique, elles peuvent, de par leur répétition trop fréquente, être assimilées à un choc. Taquineries maladroites... souvent maternelles concernant la « rondeur des formes », ironie souvent percutante d'un frère ou d'une sœur physiquement mieux favorisés ; ces faits, par leur accumulation, constituent un traumatisme psychique conduisant à une obsession centrée sur le thème esthétique et pouvant aboutir à l'anorexie mentale.

4) ROLE DU MILIEU FAMILIAL

L'influence du milieu familial est indéniable et l'on y attache très généralement une importance considérable. C'est une opinion que nous partageons pleinement sans lui donner toutefois une valeur d'interprétation identique à celle que lui accordent nombre d'auteurs. Ceci revient à poser la question de savoir si la mésentente familiale par exemple (qui, convenons-en, est loin d'être constante) a en elle-même une valeur autre que celle de déclencher un choc dont nous venons d'étudier le rôle.

Insistant, comme ALBEAUX-FERNET, sur le conflit « mère-fille », Cl. LAUNAY à propos d'observations cite entre autres les modalités suivantes : « L'observation des enfants de moins de quinze ans met particulièrement en évidence le conflit « mère-fille », où l'on voit la mère reprendre sans s'en rendre compte l'attitude maternelle à l'égard d'un enfant en bas âge forcé de s'alimenter, avec toute cette charge anxieuse qui crée dans la famille la tension croissante que l'on sait. Le rôle du père, pour moins apparent qu'il soit, n'en est pas moins très important, puisque son attitude est très souvent à l'origine de l'attitude maternelle : soit que, comme dans l'observation citée plus haut, il ne tienne pas sa place et laisse à sa femme la position virile, soit qu'il se montre trop autoritaire et dominateur, amenant sa femme à former avec leur fille un couple étroitement uni, la mère protégeant sa fille contre le père, et lui cachant ses incartades. En fait, chaque cas doit être étudié en particulier ».

Une remarque nous paraît justifiée, à savoir que chaque fois qu'il existe chez des enfants un élément de psychose ou de névrose carac-

térisée, l'attitude des parents est vivement critiquée. Cette critique n'est souvent pas dépourvue de partialité ; le fait qu'elle s'exerce dans deux sens opposés le prouve : soit défaut d'affectivité, soit affectivité excessive de la part des parents, de la mère surtout dont on souligne volontiers la tendance castratrice. [On ne s'occupe pas de la fille, on la rebute... ou au contraire on s'en occupe trop.]

Quelle valeur peut-on accorder dès lors à cette notion, en particulier dans les cas où l'anorexie mentale frappe une fille au milieu d'autres de même lignée, dans un milieu familial dont les tendances ont été identiques avant la maladie si elles ne le restent pas après son déclenchement.

Il nous semble qu'en ce qui concerne le milieu familial, le problème se pose de façon différente, et à ce propos nous sommes d'accord de façon pleine et entière sur ce que presque tous les auteurs ont signalé : la névrose familiale dont la transmission ne paraît pas douteuse. Spécifions toutefois que l'hérédité névrotique est souvent dissemblable. Il est dès lors tout à fait exceptionnel de retrouver dans l'ascendance des cas d'anorexie mentale. Par contre l'anxiété, l'hyperémotivité, l'hyperaffectivité, l'hypersensibilité, la méticulosité et la tendance aux scrupules excessifs, voire même les accès de dépression nerveuse plus ou moins accentués, sont habituels chez l'un et souvent chez les deux ascendants. On les retrouve parfois chez les frères et sœurs.

Que de tels éléments puissent engendrer des conflits familiaux paraît évident. Que ces conflits puissent en eux-mêmes jouer un rôle déterminant dans la constitution de l'anorexie mentale ne nous paraît pas absolument prouvé. Une fois l'affection déclenchée, il paraît certain que l'attitude des parents est un facteur d'entretien et par là même d'aggravation de la maladie ou de rechute. C'est une notion importante dont nous tenterons de mettre toute la valeur en relief en étudiant la thérapeutique ambulatoire de l'anorexie mentale.

En somme, le milieu familial nous paraît exercer surtout son influence comme facteur prédisposant de névrose héréditaire, provoquant suivant le caractère de l'enfant des manifestations diversement classifiées, dont l'anorexie mentale est une modalité particulière.

5) ROLE DU TERRAIN PSYCHIATRIQUE

Nous retiendrons enfin l'opinion de MICHARD sur la possibilité d'un terrain psychiatrique de l'anorexie mentale dans les cas où le motif étiologique de cette maladie ne peut être précisé. D'une réalité indiscutable, cette notion nous amène à accorder plus de valeur à la

conception que nous avons émise à propos du rôle des chocs divers dans la genèse de la maladie.

De même qu'à notre sens il existe d'une part une anorexie mentale pure, et d'autre part des formes de dépression nerveuse avec anorexie, que l'on doit en distinguer de même, on doit en différencier les cas extrêmes mais non exceptionnels qui relèvent du « terrain psychiatrique » où l'anorexie mentale constitue l'épisode initial d'une schizophrénie dont les autres éléments se préciseront en cours d'évolution.

6) INFLUENCE DU SEXE

Dans ce chapitre étiologique, on ne saurait nier que la quasi-totalité des cas d'anorexie mentale concernent des jeunes filles ou des jeunes femmes, alors que rares sont les observations concernant des garçons.

Il nous paraît à ce sujet que les raisons de cette différence résident moins dans la plus grande vulnérabilité du système nerveux féminin (celle-ci se manifestant de façon identique chez certains garçons), que dans l'importance que la fille attache au facteur esthétique (dont les garçons ne se soucient qu'exceptionnellement).

Cette différence de comportement entre filles et garçons vient à l'appui de notre conception étiologique d'une anorexie mentale pure d'origine esthétique, s'opposant aux formes de dépression avec anorexie.

Il ne semble pas que l'anorexie mentale du jeune enfant et même du nourrisson puissent s'opposer à cette conception. De tels cas ont deux points communs avec l'anorexie mentale. Le premier, c'est évidemment l'anorexie. Le second est qu'il existe des cas de maigreur et d'anorexie d'origine hypothalamique qui, ainsi que le prouvent les deux observations suivantes, relèvent de cette origine hypothalamique, qu'une intervention neuro-chirurgicale peut totalement modifier.

OBSERVATIONS

OBSERVATION N° 1. — R... Claude

Né en 1935.

Consulte le 13 janvier 1948.

On est en présence d'un enfant de douze ans mesurant 1,13 m et pesant 22 kg.

Le retard statural est de 30 cm.

Or les parents sont de taille normale : la mère mesure 1,54 ; le père mesure 1,70 m.

Mais on signale qu'un cousin germain de la mère est nain.

L'anomalie de croissance devient évidente à partir de dix-huit mois. Accroissement très irrégulier puisque nul en une année, il atteint 6 cm en 1939.

Outre la taille, on est frappé d'emblée par l'aspect vieillot de cet enfant dont la peau est sèche, ridée. Les cheveux tombent, les sourcils sont peu fournis, les oreilles sont démesurément grandes, tandis que les mains et pieds sont très petits.

L'examen montre un type morphologique d'insuffisance génitale avec un certain degré de développement graisseux mammaire.

L'appareil génital est nettement inférieur à l'âge du sujet :

- les testicules ne sont pas descendus, mais abaissables et gros comme des petits pois ;
- la verge est très petite ;
- le scrotum peu profond ;
- aucune ébauche de pilosité.

Les appareils pulmonaires, cardiaques et digestifs sont normaux, de même que les réflexes (signe de Chostek positif).

L'anorexie est tenace, la soif intense, chez cet enfant qui par ailleurs ne se plaint d'aucun trouble.

Mauvais sommeil. Cauchemars fréquents.

Des examens complémentaires sont pratiqués :

- métabolisme de base — 30 % (pour sept ans = — 35 %) ;
- radio des genoux : persistance du cartilage de conjugaison, stries osseuses de croissance de type stratifié ;
- radio de la selle turcique.

Le 24 mars 1948, le Docteur GUILLAUME intervient par volet frontal droit : ouverture d'un kyste sus-sellaire typique.

En mai 1948, l'enfant bien remis a recouvré un appétit tout à fait normal, a bonne mine et a perdu son aspect vieillot. Le visage est rajeuni, les seins diminuent de volume.

En octobre 1948, il mesure 1,165 m et pèse 22,400 kg.

L'appétit reste normal et le développement se poursuit.

En février 1957, on constate la soudure des cartilages épiphysaires.

A vingt-deux ans : taille 1,35 m ; poids 36,500 kg.

— *En conclusion* : Suspension de l'anorexie à la suite de l'intervention neuro-chirurgicale et développement statural et pondéral.

OBSERVATION N° 2. — G... Pierre

Vu dans le service le 6 juin 1945, il est alors âgé de seize ans, mesure 1,52 m et pèse 37,200 kg.

Il est envoyé à la consultation du Docteur BLEICHMANN pour retard statural, retard de développement sexuel et retard intellectuel. En fait, il n'y a pas de

véritable retard intellectuel mais une sorte de prostration liée à une déficience généralisée.

Ses parents et ses frères sont de taille normale.

A l'examen, la disproportion entre le tronc et les membres inférieurs longs et grêles est frappante.

L'appareil génital est très peu développé :

- verge très petite (11 mm à la racine);
- testicules en position normale mais très petits;
- bourses peu développées;
- quelques poils au niveau du scrotum, un ou deux poils axillaires.

L'anorexie est à peu près complète.

Le malade est mis à la dihydrofolliculine à doses faibles de V à XX gouttes pendant quinze jours consécutifs en augmentant chaque jour de I goutte, puis à l'hormone gonadotrope (seules les faibles doses existaient à cette époque).

Ce traitement reste pratiquement sans résultat et le malade est adressé au Docteur GUILLAUME qui décide l'intervention.

Compte rendu opératoire du 10 décembre 1948 : « Volet frontal droit. Ponction de la corne frontale droite. Abord du chiasma après coagulation de la bandelette olfactive droite. On trouve "un énorme kyste sus-sellaire" qui aplatit les nerfs optiques et refoule le chiasma. L'ouverture de ce kyste donne issue à une très grande quantité de liquide. A ce moment, l'arachnoïde qui était gonflée de liquide au niveau du lobe frontal s'affaisse. Les nerfs optiques reprennent une forme normale. Le malade s'endort profondément en conservant un bon pouls, une respiration calme et régulière. Les gouttières olfactives sont anormalement plates et tout relief est abrasé à ce niveau ».

Suites opératoires simples marquées uniquement par la suppuration d'un hématoxème infecté par une ouverture du sinus frontal. Cet incident a retardé la sortie de l'hôpital jusqu'au 15 janvier 1956.

Le malade n'est plus revu jusqu'en octobre. L'anorexie a totalement cédé, n'existe plus. Appétit très développé. Soif normale.

Taille : 1,51 m. Poids : 43 kg à cette date.

Etat génital : accentuation légère de la pilosité pubienne. Verge sans changement notable.

Le malade est plus dynamique.

Reprise du traitement par la dihydrofolliculine.

La croissance staturale et pondérale suit une progression normale, mais l'insuffisance de développement génital reste inchangée.

Le 16 avril 1957 : taille 1,61 m ; poids 46 kg.

On pratique alors une inclusion de 500 mg d'hormone mâle.

Les pilosités pubienne et axillaires se développent fortement, mais la verge, le scrotum et les testicules restent sans modification autre que l'apparition d'une pigmentation locale presque excessive. En somme, réceptivité dissociée des poils et de la verge à l'action de la testostérone.

Dans la suite, les gonadotrophines chorioniques à 5.000 unités provoquent un développement lent mais progressif et actuellement normal des testicules. Malgré cela, la verge et le scrotum très fortement pigmentés restent infantiles.

Le malade suivi régulièrement mesure actuellement 1,71 m et pèse 71,500 kg.

De cette observation comme de la précédente, il faut retenir plus particulièrement, pour ce qui nous occupe, la cessation de l'anorexie et la reprise de la croissance à la suite d'une intervention neuro-chirurgicale portant sur la région hypothalamique.

CHAPITRE III

Description clinique

La description clinique de l'anorexie mentale a fait l'objet de nombreuses publications. MICHARD (1), dans sa thèse, en a donné une étude très complète.

Tous les auteurs sont d'accord pour donner du syndrome la même description clinique dont voici les grandes lignes.

L'anorexie mentale se caractérise par une triade classique associant l'amaigrissement, les perturbations de l'appétit, l'aménorrhée.

I. — L'AMAIGRISSEMENT

Il s'agit d'un amaigrissement souvent considérable, pouvant atteindre, d'après MICHARD, la moitié du poids initial. L'émaciation porte autant sur les tissus sous-cutanés que sur les muscles. Il est rapide, progressif, quelquefois pourtant coupé de paliers qui coïncident fréquemment avec des séparations épisodiques du milieu familial (période de vacances par exemple).

La connaissance de ces faits est importante. Ils viennent à l'appui de notre thèse, à savoir que dans certains cas l'isolement en maison de santé n'est pas une nécessité absolue dans la crise de l'anorexie mentale puisqu'un isolement partiel du milieu familial suffit à modifier le cours de la maladie.

Ils sont également en faveur de notre opinion en ce qui concerne l'influence de ce milieu dont nous avons souligné qu'il ne constitue pas l'élément déclenchant de la maladie mais en représente presque

(1) « Etude clinique, biologique et critique de l'anorexie mentale », Paris, 1950.

certainement un facteur d'entretien et d'aggravation lorsque celle-ci est en cours.

Presque tous les auteurs signalent que contrastant avec leur aspect cachectique, l'activité de ces malades est très souvent respectée. En fait, pour nous, elle l'est toujours, du moins si l'on admet d'une part l'existence d'une « anorexie mentale pure » sans aucun signe de dépression et d'autre part l'existence d'états dépressifs accompagnés d'anorexie.

La conservation de l'activité chez les anorexiques mentales nous semble se présenter de façon un peu particulière. Elle est presque toujours excessive, donnant l'impression que les malades tiennent obstinément à leur activité quelle qu'en soit l'intensité et repoussent toute défaillance à son sujet. Elles se refusent à avouer la moindre sensation de fatigue, niant parfois l'évidence même. Cette activité peut, dans certains cas au moins, constituer pour la malade un véritable système de défense lorsque celle-ci tient à prouver que malgré son amaigrissement, son état de santé reste favorable : la preuve en étant fournie par la persistance d'un travail supérieur à la normale et effectué sans fatigue.

Il existe dans ces éléments une caractéristique sur laquelle il nous semble que l'on n'a pas suffisamment insisté : celle de la volonté tenace de ces malades que l'on voit souvent repliées sur elles-mêmes, parfois hostiles et plus rarement souriantes, jamais geignardes, mais en principe toujours décidées à poursuivre leur amaigrissement au delà de toute mesure raisonnable. En effet, l'excès d'amaigrissement leur est nécessaire dans la mesure où cet excès même leur donne une sorte de « marge de sécurité » contre une reprise de poids éventuelle.

Nous verrons en étudiant l'anorexie, que d'autres manifestations d'une force de volonté supérieure à la moyenne viennent s'ajouter à celle que nous venons de signaler.

II. — LES PERTURBATIONS DE L'APPÉTIT

Celles-ci consistent le plus souvent en une oligophagie : quelques bouchées suffisant à rassasier la malade. Tout effort d'ingestion supplémentaire provoquant nausées et vomissements dont très rapidement la malade redoute la réapparition. Cette appréhension s'accuse encore avec l'imminence de l'heure du repas, et bientôt, d'élective qu'elle était au début, la répulsion à l'ingestion devient « tenace », « globale », « extraordinaire ».

C'est à ce stade que l'on peut de façon valable parler d'anorexie. Celle-ci, donc, n'est déjà pas primitive, de plus il arrive que chez certaines malades elle subsiste sous sa forme d'oligophagie qui, dans certains cas, peut être entrecoupée d'épisodes quasi boulimiques. C'est dans de tels cas principalement que ces malades, dont l'imagination est particulièrement fertile en ruses pour éviter l'ingestion d'aliments, mettent en œuvre divers procédés destinés à en neutraliser l'effet lorsqu'elles ont dû céder à la faim. Elles ont alors recours soit aux vomissements provoqués, soit à l'usage forcené de laxatifs qu'elles dissimulent dans des cachettes très variées. D'autres préfèrent l'usage excessif de produits amaigrissants dont les vitrines pharmaceutiques leur offrent un choix des plus variés ou dont les revues dites « de beauté » et journaux de mode vantent les effets de réduction pondérale rapide.

Quel que soit le procédé mis en œuvre dans leur recherche forcenée d'amaigrissement, on retrouve chez les anorexiques mentales la volonté tenace, obstinée d'atteindre leur but envers et contre tout. Et cette caractéristique de volonté opiniâtre cadre mal avec l'idée que tels sujets puissent subir à un très vif degré l'influence de la famille. A ce propos, il semble bien que le conflit mère-fille soit le résultat de l'obstination que met la fille déjà malade à ne pas céder aux objurgations de sa mère qui la presse de manger. Contre l'insistance maternelle ou familiale, d'ailleurs la malade se révolte mais cet état de tension n'est pas antérieur à la maladie ; il débute avec elle, il l'accompagne mais ne la provoque pas.

Efforts et subterfuges paraissent bien mis en œuvre pour arriver finalement au but que la malade s'était assigné. Echec lamentable qu'elle n'identifie même pas comme étant l'inverse du résultat esthétique cherché. Cette contradiction ne peut se comprendre, comme nous l'avons déjà souligné, qu'en raison du déséquilibre nerveux dont la malade est atteinte.

III. — L'AMÉNORRHÉE

Elle est en général précoce chez les malades atteintes d'anorexie mentale.

Toutefois, nombre d'auteurs ont souligné à juste titre que celle-ci se produit souvent avant que l'état de dénutrition ait une importance telle que l'aménorrhée puisse en être une conséquence. Il y a donc lieu d'en déterminer la raison. Dans ce but, une exploration endocrinienne aussi complète que possible est souhaitable. L'aménorrhée

de l'anorexie mentale est hypo-hormonale, caractérisée par un taux de F.S.H. s'opposant à une hypo-œstrogénie notoire, données que nous étudierons plus en détail à propos de la biochimie de l'anorexie mentale.

J. DECOURT a particulièrement insisté sur les aménorrhées psychogènes au cours desquelles un syndrome hormonal de même type se retrouve habituellement.

Cette aménorrhée tenace, qui durera des mois, voire des années, suit classiquement les fluctuations de la maladie. La réapparition des règles s'opère souvent d'elle-même, sans apport exogène d'hormone, leur disparition s'effectue à nouveau en cas de rechute.

Lors de son installation, l'aménorrhée peut inquiéter une jeune malade qui a perdu sa virginité, toutefois cette inquiétude ne peut guère subsister lorsqu'aucun signe de grossesse n'apparaît.

Pourtant la malade et sa famille s'inquiètent fort de l'absence de règles, mais pour des raisons différentes.

La jeune fille paraît souffrir de son aménorrhée comme d'une anomalie dont elle est atteinte et l'importance qu'elle y attache contraste singulièrement avec l'indifférence qu'elle manifeste à propos de son amaigrissement et de son anorexie.

Les parents sont profondément persuadés que si leur fille était à nouveau régulièrement réglée, la guérison serait acquise. La maladie de leur enfant leur apparaît comme la conséquence de cette aménorrhée qui en serait la « cause ».

L'effort de persuasion du médecin pour convaincre parents et enfant de l'inexactitude de leurs conceptions est considérable. Trop souvent il se heurte à une incompréhension totale et parents et patiente vont chercher ailleurs d'autres conseils. Cette éventualité ne doit pas entrer en ligne de compte et l'instauration de cycles artificiels au cours d'une anorexie mentale est une pratique inutile à la période d'état de la maladie.

Lorsque plus tard, la malade isolée ou non, ayant repris un poids convenable, insiste pour qu'un traitement hormonal soit instauré contre l'aménorrhée (dont la persistance peut durer des années après la guérison des autres symptômes), l'abstention ne paraît plus aussi nécessaire. Il semble que satisfaction puisse lui être donnée.

CHAPITRE IV

Biochimie de l'Anorexie Mentale

Les documentations française et étrangère témoignent de longues et patientes recherches portant sur les perturbations humorales et hormonales de l'anorexie mentale.

1° Les dosages de phosphore et calcium sont para-normaux.

Une calcémie un peu élevée serait le témoin d'une réaction d'hyper-parathyroïdie à une carence d'apport ; elle est responsable partiellement des troubles digestifs de l'anorexie mentale.

2° Le chlore sanguin reste en général à un taux normal.

3° Le potassium plasmatique, par contre, s'élève un peu comme dans les syndromes de dénutrition protidique observés par LAMOTTE.

4° Citons enfin les travaux de SUNDERMANN « qui insiste sur la valeur théorique de l'augmentation du magnésium sérique — de l'ordre de 30 % — qui est à rapprocher de celle observée chez l'animal en hibernation et chez certains malades atteints de lésions hypothalamiques ».

5° La déshydratation clinique évidente de la malade explique aisément qu'il existe une perturbation du métabolisme hydrique, d'ailleurs la réhydratation du sujet entraîne rapidement l'apparition d'œdèmes.

Si un sujet sain élimine normalement au moins 600 g de liquide en deux heures après absorption d'une quantité équivalente de liquide prise à jeun, par contre dans l'anorexie mentale on constate une élimination retardée d'un volume inférieur.

GUILLAUMIN et DECOURT ont montré par un dosage précis que l'hydrémie plasmatique était élevée, tandis que l'hydrémie globulaire restait normale.

6° Le métabolisme glucidique est perturbé sans que l'on sache exactement quel en est le facteur responsable.

S'agit-il d'une cause hypophyso-surrénalienne ? Le système nerveux central en est-il l'origine ? Ou bien s'agit-il plus simplement d'une hypoglycémie par dénutrition ?

Toujours est-il que la glycémie est abaissée à un chiffre relativement stable, mais particulièrement sensible à l'épreuve de l'insuline.

7° A l'opposé, le cholestérol est élevé sans que là encore on en connaisse la vraie raison.

8° Quant aux modifications du taux des protides, elles sont essentiellement variables selon les cas observés.

9° Terminons ce bilan humoral en notant que les numérations globulaires sont peu modifiées. Contrairement au syndrome d'insuffisance hypophysaire, l'injection d'adrénaline entraîne une chute normale de 5 % de l'éosinophilie au bout de quatre heures.

10° Plus intéressant apparaît le bilan hormonal, non pas les modifications du métabolisme basal en règle un peu abaissé, mais essentiellement l'exploration hypophyso-surrénalo-ovarienne dont on connaît les étroites corrélations en physiologie.

Un certain nombre d'examenens faciles à réaliser en pratique, à condition d'avoir recours à des techniques rigoureuses de laboratoire, mettent en évidence des résultats aujourd'hui classiques :

— Mentionnons pour principe la biopsie de l'endomètre qu'on ne pratique pas chez une jeune fille en raison des manœuvres instrumentales qu'elle nécessite.

— Les frottis vaginaux sont par contre des plus faciles à réaliser. Ils montrent habituellement une prédominance, voire une exclusivité de cellules de type intermédiaire basophiles affirmant la carence œstrogénique.

— Le taux de la folliculo-stimuline hypophysaire (F.S.H.) est normal.

— Ces deux constatations, déficit œstrogénique et bilan hypophysaire, nous amènent à un court rappel physiologique.

Dans un schéma de cycle normal, c'est l'hypophyse qui, sécrétant la F.S.H., permet la formation du follicule.

Ce dernier sécrète alors l'œstradiol. Mais pour que cette sécré-

(1) Si on sectionne le faisceau hypothalamo-hypophysaire de la lapine, il n'y a pas d'ovulation après le coït.

se déclenche, GREY, VAN DYKE et BACON ont prouvé qu'il faut la présence d'une minime quantité de lutéo-stimuline (L.H.).

REIFENSTEIN admet que l'absence de cette minime quantité de L.H. dans les aménorrhées psychiques empêche le follicule de sécréter l'œstradiol et bloque le cycle.

Ceci nous ramène aux constatations sus-citées de déficit œstrogénique et taux de F.S.H. normal dans les anorexies mentales.

C'est un dérèglement de l'influx nerveux hypothalamique qui serait à l'origine de l'absence de sécrétion de l'infime quantité de L.H. nécessaire à l'enclenchement du cycle normal, d'où « aménorrhée hypothalamique » selon REIFENSTEIN (1).

— Par ailleurs, le taux dans les urines des glycuronides acétono-précipitables, des phénol-stéroïdes et des glycuronides butylo-solubles (G.B.S.), comprenant notamment le prégna diol, est nettement abaissé. Il s'agit donc d'une insuffisance ovarienne globale puisqu'il y a à la fois insuffisance œstrogénique et progestéronique.

— Reste à étudier la participation cortico-surrénalienne au syndrome, l'étude des 17-cétostéroïdes révèle des chiffres variables selon les auteurs La plupart admettent un taux normal ou augmenté et attachent finalement une importance au contraste avec un abaissement des stéroïdes d'origine gonadique.

Le bilan hormonal a, dans un premier temps, l'intérêt de préciser l'état biologique du syndrome et d'en mesurer le degré de gravité.

Il permettra, secondairement, d'en suivre l'évolution, l'amélioration biologique allant de pair avec la clinique.

Il pourra ultérieurement servir utilement dans le dépistage d'une rechute, cachée par la malade.

CHAPITRE V

Observations

Nous commencerons par citer trois observations qui ont été publiées dans les *Annales Médico-Psychologiques* (1) par M. FERRIER, J. RONDEPIERRE, R. CHARROING et A. HUGELIN.

OBSERVATION N° 1. — Mlle F... Renée, vingt et un ans.

Anorexie mentale remontant à deux ans et demi, a été traitée sans succès quatre mois, puis deux mois dans deux hôpitaux parisiens.

L'état de la malade s'est plutôt aggravé : l'anorexie subsiste intégralement et sont apparus des œdèmes de carence.

L'aménorrhée a précédé de deux mois environ l'amaigrissement. Celui-ci est considérable : 29 kg pour une taille de 1,65 m.

Comme retranchée du monde extérieur, la malade ne réagit pas, sa mère répond pour elle. Pourtant elle suit la conversation et semble convenir que son comportement habituel est toujours très intériorisé, qu'il existe une mésentente sérieuse entre elle et son père d'une part ; entre son père et sa mère d'autre part. Par contre, elle ne paraît pas être d'accord sur le fait qu'elle a voulu maigrir pour des raisons d'ordre esthétique, ceci en raison d'un attachement d'ordre sentimental qui aboutit finalement à une déception.

L'état de faiblesse de la malade est extrême. Depuis peu, son activité physique et intellectuelle était nulle.

Tous les examens concernant les divers appareils se montraient cliniquement, radiologiquement et biologiquement normaux.

Frottis vaginaux et dosages des œstrogènes totaux avaient montré l'existence d'une inertie ovarienne totale.

Par contre, dosage de F.S.H. sensiblement normal, tandis que L.H. = 0.

(1) Juillet 1954, 112^e année, t. 2, n° 2.

L'élimination des 17-cétostéroïdes se montrait légèrement élevée (14 mg), en concordance avec une hypertrichose généralisée mais plus particulièrement marquée au niveau de la lèvre supérieure et des joues.

Le morphogramme de Decourt et Doumic témoignait d'une persistance d'un état pubertaire (diamètre bi-trochantérien réduit, élévation excessive de la hauteur trochanter-sol).

Le traitement instauré :

- chlorhydrate d'histidine par voie intra-dermique d'abord et parentérale ensuite (suppositoires);
- dihydrofolliculine : XV à XXX gouttes pendant quinze jours consécutifs par mois en progressant de I goutte chaque jour.

Deux mois après le début du traitement, elle travaille à nouveau comme gardienne d'enfants.

La première année, elle ne reprend que 7 kg et demeure aménorrhéique.

OBSERVATION n° 2. — Mlle G... Geneviève, vingt-deux ans.

Début de l'affection en 1946 (six ans auparavant) par une aménorrhée survenant brutalement chez une jeune fille réglée normalement jusqu'alors.

Les mois suivants : anorexie, amaigrissement rapide (10 kg en deux mois), fatigue intense.

Changement d'humeur et de caractère très notable : la malade (qui n'a jamais été très sociable, mais qui restait gaie en famille jusqu'au début de sa maladie) devient triste, irritable et inactive.

Elle est traitée, à cette époque, à l'hôpital Necker (mais sans isolement).

En 1947, une appendicectomie n'amène aucune amélioration.

En 1948-1949, un traitement endocrinien intensif à Lille, prescrit par le Docteur LANIEZ, provoque une grosse amélioration (12 kg en six mois), mais la rechute est rapide.

En 1952, la malade entre à Ville-Evrard à la demande de son médecin traitant.

On note seulement des troubles caractériels à base d'irritabilité, un état dépressif léger avec pleurs, de l'instabilité. A ce moment, l'anorexie mentale n'« existe plus », la malade mange sans dégoût, mais elle continue à maigrir : pesant 35,900 kg (pour une taille de 1,565 m) à son entrée dans le service ; elle n'en pèse plus que 34 onze jours après, au moment de sa sortie.

Son morphogramme est de type pubertaire.

Recherches hormonales confiées au laboratoire Hinglais :

Dix frottis vaginaux effectués environ tous les trois jours, du 24 janvier 1952 au 20 février 1952, montrent une série de frottis atrophiques donnant l'image d'une inertie complète de la muqueuse.

Des dosages hormonaux pratiqués dans les urines à quatre reprises pendant la même période montrent :

- F.S.H. : néant ; moins de 5 unités-rat Zondek ;
- L.H. : néant ; moins de 3 unités Hinglais ;

- œstrogènes totaux : néant ; moins de 6 ;
- 17-cétostéroïdes : 8,6 mg, chiffre normal bas.

La malade présente un certain degré d'hypertrichose généralisée. Une tentative de traitement, poursuivie pendant deux mois par les gonadotrophines sérique et chorionique, n'aboutit qu'à une perte de poids supplémentaire de 1 kg.

La malade est alors soumise au traitement :

- dihydrofolliculine : XV à XXX gouttes quinze jours consécutifs par mois en progressant chaque jour d'une goutte ;
- chlorhydrate d'histidine par voie intra-dermique d'abord et parentérale ensuite.

En six mois, Geneviève passe de 33 kg à 57 kg.

La menstruation est revenue en cours de traitement, le huitième mois, et se reproduit depuis lors régulièrement.

Nota : La malade revue souvent dans le service, travaille, conserve une stabilité pondérale et un bon équilibre psychique. Elle a reconnu avoir voulu maigrir pour un motif esthétique.

OBSERVATION N° 3. — Mlle Monique M..., vingt et un ans.

Vient consulter pour un amaigrissement considérable (20 kg) ayant débuté un an auparavant.

Cet amaigrissement est survenu sans cause apparente d'ordre physique ou moral ; la malade accuse seulement une vive répulsion à l'idée de s'alimenter et une tendance nette à l'insomnie.

Chez cette jeune fille de 1,63 m pesant 58 kg avant sa maladie et n'ayant par ailleurs aucune tendance spontanée à l'engraissement, on peut admettre que le « primum movens » ne réside pas dans un désir forcené d'amaigrissement, d'autant que la malade, approuvée par sa mère, nie toute tentative de ce genre.

Une appendicectomie pratiquée six mois auparavant n'a exercé aucune influence.

L'aménorrhée, installée depuis dix mois, n'a cédé à aucune thérapeutique hormonale.

A l'examen du 4 septembre 1952, on note : malade décharnée ; peau sèche et rugueuse ; poids 32,500 kg ; hypertrichose légère aux cuisses, jambes, avant-bras et bras ; pilosité pubienne abondante, prolongée vers l'ombilic suivant un type viriloïde. Pilosité axillaire normale.

Seins réduits (modérément) de volume, mais d'apparence normale, contrastant même avec la maigreur squelettique du sujet. Aréole et mamelon normalement pigmentés.

Les divers appareils sont normaux cliniquement.

A la radio : poumons normaux, transit gastro-intestinal normal.

Thyroïde non palpable.

Chvostek fortement positif. Morphogramme de type pubertaire.

La malade et sa famille refusent obstinément l'hospitalisation

Le traitement prescrit :

- chlorhydrate d'histidine par voie intra-dermique d'abord et parentérale ensuite ;
- dihydrofolliculine : XV à XXX gouttes quinze jours consécutifs par mois en augmentant de I goutte chaque jour.

Monique passe en huit mois de 32,500 kg à 52 kg (et ceci en dépit d'un choc sentimental important).

La menstruation revient normalement en cours de traitement le cinquième mois et depuis lors régulièrement.

Ces observations sur la « cure ambulatoire de trois cas d'anorexie mentale » montrent qu'elle est « réalisable, du moins dans certains cas ».

* *

Se rapportant aux cas précédents, voici l'observation d'un échec du traitement de choc, suivi d'une amélioration par traitement ambulatoire.

OBSERVATION N° 4. — Mlle Dominique B...

Cette malade, âgée de dix-huit ans, a été vue, en cours de traitement, à Ville-Evrard où elle était hospitalisée pour anorexie mentale. Aménorrhéique depuis treize mois, elle pesait 44,700 kg pour 1,61 m. Très abattue, « elle désirait mourir ».

L'isolement, des insulino-chocs, cinq électro-chocs, une alimentation à la sonde n'avaient, en fait, amené aucune amélioration.

Devant l'insuccès de cette hospitalisation et de la thérapeutique instaurée, nous décidons de la rendre à sa famille, dûment prévenue de l'attitude à adopter vis-à-vis d'elle.

En même temps, nous prescrivons du chlorhydrate d'histidine en injections intra-dermiques quotidiennes, de la dihydrofolliculine à doses progressives, 1 cg d'extrait thyroïdien par jour.

En trois mois, sous surveillance régulière, l'anorexie cède, la reprise pondérale est de 10 kg, toutefois l'aménorrhée persiste.

Nous sommes frappés par son manque d'intérêt vital. La malade, alors en classe de première, est incapable de reprendre ses études. Elle se sent « étrangère à tout ce qui l'entoure », avec une sensation de « vide dans la tête » : « Tout se passe, dit-elle, comme si j'étais derrière une vitre m'empêchant toute possibilité de communication ou d'échange avec le monde extérieur ». Son affectivité vis-à-vis de ses parents paraît subsister mais très atténuée.

L'amélioration pondérale n'a duré que quelques mois et, en novembre 1956, c'est la rechute indiscutable, le poids redescend à 50,300 kg.

Devant les réactions psychiques de la jeune malade, nous conseillons une nouvelle hospitalisation.

Nous ne l'avons, dès lors, jamais revue.

Nous pensons tirer de cette observation les enseignements suivants : cette malade, suivie et traitée comme nous l'avons fait, aurait probablement bénéficié au maximum d'une cure ambulatoire. La thérapeutique de choc lui a probablement laissé un trop mauvais souvenir, d'où son hostilité irréductible à toute nouvelle hospitalisation.

ANOREXIE MENTALE AVEC DEPRESSION REACTIONNELLE

OBSERVATION N° 5. — Mlle H... Colette, vingt-six ans.

Elle consulte le 17 octobre 1956 pour un point douloureux dorsal avec amaigrissement notable.

Deux choses frappent d'emblée chez cette jeune fille :

- d'une part la maigreur (45 kg pour une taille de 1,63 m) ;
- d'autre part l'aspect triste, replié et craintif.

Mise rapidement en confiance, la malade avoue un choc sentimental important qui l'a laissée sans appétit vital, avec amaigrissement rapide de l'ordre de 5 kg, sensation de fatigue intense et frilosité. Elle n'a « aucun goût à rien », selon son expression, et reste abattue, sous l'impression du choc qu'elle ne peut surmonter.

Elle accuse une sensation d'angoisse et de striction de la gorge, des pleurs et crises de cafard. Aucun appétit. L'heure des repas est une corvée, elle est très vite rassasiée.

Réglée depuis l'âge de seize ans, mal réglée d'emblée, avec migraines et vomissements aussitôt après les règles.

L'examen clinique des divers appareils ne révèle aucune anomalie, mais on note un corps thyroïde palpable, augmenté de volume et mobile, un pouls à 90 sans tremblement.

Par prudence, un contrôle pulmonaire est demandé chez cette jeune fille qui est en fait déprimée, anorexique, amaigrie et non aménorrhéique.

Prescription :

- chlorhydrate d'histidine chaque jour ;
- dihydrofolliculine : XV à XXX gouttes quinze jours par mois ;
- extrait thyroïdien : 0,01 par jour ;
- androstane : quatre comprimés par jour.

Revue régulièrement chaque mois, la courbe pondérale s'améliore (en moyenne 1 kg par mois). L'amélioration de l'état moral est plus lente. Malade actuellement suivie.

Il s'agit en fait non d'une anorexie mentale pure mais d'une dépression réactionnelle avec anorexie.

ANOREXIES MENTALES PSYCHIATRIQUES

OBSERVATION N° 6. — Mlle R... Françoise, vingt et un ans.

Cette malade a été hospitalisée à Ville-d'Avray pour anorexie mentale.

Elle mesurait 1,56 m, pesait 40 kg, était anorexique et aménorrhéique.

Pendant l'hospitalisation, elle a repris 10 kg en trois mois, puis en a reperdu 3. Rendue à son milieu familial, elle ne tarde pas à retomber dans son état antérieur avec asthénie, nervosité, susceptibilité motivant à tout moment des pleurs et crises de cafard intenses.

L'interrogatoire révèle que de douze à dix-sept ans les cycles ont toujours été réguliers (vingt-huit jours).

Les caractères sexuels secondaires d'évolution normale.

Mais la jeune fille s'est toujours plainte de céphalées non rythmées par les règles, de nervosité très accrue en période pré-menstruelle.

A dix-sept ans, elle a voulu maigrir et suivi dans ce but un régime très strict sans contrôle médical. Puis ayant abandonné les restrictions alimentaires, a repris du poids et constaté une hypertrophie mammaire inesthétique (que l'examen confirmera : seins volumineux, ptosés, granuleux, disproportionnés par rapport à la silhouette).

L'amaigrissement survient à nouveau sans reprise du régime, paraît-il, ayant pour but avoué la réduction du volume de la poitrine. C'est alors que cette anorexique mentale a été hospitalisée à Ville-d'Avray.

Un bilan a été fait et les divers appareils sont normaux.

Par contre, l'état mental, le terrain nerveux sont inquiétants.

La jeune fille appartient à une famille de six enfants, et un de ses frères âgé de seize ans s'est suicidé.

Elle-même, alors qu'elle avait dix-sept ans, a voulu mettre fin à ses jours par suite d'une déception sentimentale.

Sa sœur jumelle donnant des inquiétudes à son entourage par son instabilité a subi après consultation avec le Professeur HEUYER et le Docteur RONDEPIERRE, une cure de Sakel pour schizophrénie, cure interrompue par la prolongation anormale du coma insulinique.

Traitée pendant deux ans en cure ambulatoire pour son anorexie mentale, ayant repris quelques kilos, retrouvé des cycles normaux, la jeune malade demeure très difficile à vivre, très déprimée sans « aucun goût à la vie ».

Une nouvelle déception sentimentale entraîne une rechute et malgré le traitement la malade refuse de s'alimenter. Envoyée en consultation auprès du Docteur RONDEPIERRE, il conclut à un syndrome schizophrénique qu'il faut traiter comme tel.

OBSERVATION N° 7. — Mlle M... Odette, dix-sept ans.

Hospitalisée à Ville-Evrard le 9 janvier 1956 pour anorexie.

Le début des troubles remonte à janvier 1955.

L'adolescente placée dans un orphelinat s'y adapte mal et présente quelques troubles du comportement, en particulier des impulsions coléreuses.

En octobre 1955, changement d'orphelinat avec adaptation meilleure. Mais en décembre, apparition brutale d'une anorexie tenace amenant un amaigrissement rapide de l'ordre de plusieurs kilos, une aménorrhée.

Le caractère de la jeune fille devient de plus en plus difficile. Elle se replie sur elle-même, devient butée, a de brusques colères et révoltes, désire mourir.

Placée par le Docteur RONDEPIERRE dans une maison de repos de la S.N.C.F. où l'ambiance lui plaît, elle continue de ne pas manger mais son état psychique s'améliore nettement. Elle se montre gaie, chante et danse.

Les tests font ressortir un degré assez avancé de débilité mentale. Un bilan complet a été fait.

Lors de son hospitalisation, elle mesure 1,57 m et pèse 35,500 kg.

Traitée par chocs prolongés. Elle perd encore 500 g mais reprend une alimentation spontanée. Elle devient plus souriante et plus calme, et sort le 13 mars 1956.

On lui prescrit :

- du chlorhydrate d'histidine en injections intra-dermiques quotidiennes ;
- de la dihydrofolliculine : XV à XXX gouttes quinze jours par mois ;
- de l'extrait thyroïdien : 0,01 par jour.

En octobre 1956, elle est retournée à la maison de santé de la S.N.C.F. Son poids est passé rapidement de 35 à 41 kg, par contre l'état psychique est à nouveau très difficile et déficient, nécessitant une nouvelle hospitalisation à Ville-Evrard.

On note alors l'existence de l'oligophrénie et de nombreux barrages, ainsi qu'un syndrome d'influence. Le diagnostic de schizophrénie paraît à envisager.

Trois électro-chocs prolongés semblent modifier temporairement le tableau, et le 13 septembre, la malade sort améliorée.

Mais en mai 1957, son comportement est tel dans la maison de repos de la S.N.C.F. où elle était retournée, que l'hospitalisation est à nouveau faite à Ville-Evrard.

L'anorexie a totalement cédé, le poids est de 49 kg. Mais l'évolution vers un syndrome schizophrénique ne paraît plus douteuse.

Cure de Sakel actuellement en cours.

ANOREXIE MENTALE PSYCHOGENE

OBSERVATION N° 8. — Mlle B... Nicole, dix-neuf ans et demi.

Elle consulte le 23 septembre 1955.

L'amaigrissement est impressionnant chez cette jeune fille d'apparence très timide.

Elle ne pèse en effet que 42,300 kg pour une taille de 1,60 m.

Ce qui l'inquiète le plus, ainsi que sa famille, c'est une aménorrhée persistante depuis juillet 1954.

L'interrogatoire révèle les faits suivants :

Une enfance sans incidents pathologiques notables.

Puis à douze ans, les premières règles avec cycle de trente jours, durée de six jours et abondance moyenne.

L'évolution est normale jusqu'à dix-sept ans, âge auquel la jeune fille pèse 55 kg.

A cette époque, la rupture de fiançailles constitue un choc très pénible pour cette jeune fille émotive et sensible.

Instable, tourmentée par sa déception sentimentale, elle devient triste et anorexique. L'appétit est d'abord diminué, mais une fois le choc passé, elle ne peut le récupérer.

Suivie jusqu'à présent, la malade a fini par avouer avoir voulu maigrir avant la rupture de ses fiançailles pour être plus attirante et élégante afin de consolider un accord dont elle sentait le caractère précaire.

Puis l'aménorrhée s'installe, constituant une seconde agression psychogène. L'amaigrissement s'accroît, le poids passant de 35 à 42 kilos.

Les repas sont une corvée, sujets de reproches familiaux, de griefs constants. La famille rend l'anorexie responsable de l'aménorrhée et cristallise la malade sur ce point.

L'examen clinique est fait et un bilan établi.

— Le morphogramme est de type infantile.

— Membres longs et grêles.

— Caractères sexuels secondaires peu accentués.

— Seins peu développés, vulve encore antérieure, poils rares.

La famille convoquée est fermement avertie des risques encourus par la malade. A la mère, en particulier, nous expliquons le problème des repas, la mettant en demeure de cesser tous griefs et remontrances, lui conseillant de laisser sa fille absorber ce qu'elle peut, ce qu'elle veut et quand elle le désire. Et nous ajoutons qu'elle doit ignorer l'aménorrhée et cesser de s'en inquiéter.

Peut-être ne la laissons pas convaincue, mais tout au moins suffisamment impressionnée pour être sûrs que son influence néfaste sera neutralisée.

Dans ces conditions et avec l'appui du père plus facilement rallié à nos convictions, nous pouvons laisser la jeune fille dans son milieu familial.

Nous lui conseillons en outre, ainsi qu'elle le désire, de conserver son activité de sténo-dactylographe qui constitue un excellent dérivatif.

Le traitement est instauré :

— chlorhydrate d'histidine injectable en intra-dermiques à raison d'une ampoule par jour ;

— dihydrofolliculine de X à XXV gouttes quinze jours par mois et par doses croissantes ;

— extrait thyroïdien : 0,01 par jour.

La remontée pondérale est constante mais très lente chez cette malade, pour atteindre 46,900 kg en mai 1956.

C'est alors que sans aucun traitement spécifique les règles réapparaissent normalement.

La transformation psychique de la jeune fille est notable. Plus détendue, plus confiante, elle reconnaît vivre en meilleure intelligence avec sa famille et prendre plaisir à sortir.

L'appétit est revenu.

Les cycles restent réguliers.

Nous adjoignons chaque jour quatre comprimés d'androstane afin de faciliter la remontée pondérale.

Le poids se stabilise aux environs de 48 kg et la jeune fille avoue son souci de ne pas dépasser ce stade. Pour elle comme pour bien d'autres, la persistance de l'amaigrissement constitue la « marge de sécurité » contre la hantise de l'empoint.

ANOREXIE MENTALE DANS UNE FAMILLE PARTICULIEREMENT NEVROSEE

OBSERVATION N° 9. — Mlle L... Maryvonne.

Actuellement âgée de vingt ans, cette jeune fille a progressivement maigri depuis l'âge de dix-sept ans, en même temps que s'installaient l'anorexie et l'aménorrhée.

Vue le 16 mai 1957, elle pèse 29 kg pour 1,56 m, et devant son émaciation extrême nous décidons l'hospitalisation à Viry-Châtillon.

L'interrogatoire de la malade d'une part et de la famille de l'autre, permet d'établir les faits suivants.

Avant tout amaigrissement, la jeune fille était déjà fatiguée avec perte d'activité et frilosité qui orientent vers le diagnostic de dépression nerveuse.

La mère, il y a trois ans, a eu un épisode de dépression nerveuse sévère à la suite de soucis d'affaires, et la jeune fille a été très impressionnée par l'état de santé de sa mère. C'est à cette époque que remonte le début de la maladie de la jeune fille. Le père est psychasthénique. Le terrain familial est donc nettement névrosé.

Sur le conseil du médecin du service sanitaire scolaire, la jeune fille qui en juin 1954 était asthénique, avait rapidement perdu du poids, était aménorrhéique depuis deux mois et présentant une anorexie à peu près complète, a été mise au repos, en vacances.

L'anorexie cède alors un peu, la remontée pondérale s'amorce puis se stabilise. L'aménorrhée persiste.

La scolarité reprend et les parents mettent au compte des études non adaptées aux goûts de leur fille, la rechute sévère de juin 1955 qui motive l'admission en clinique. Le poids est alors de 39 kg pour 1,56 m.

Les examens cliniques demeurent négatifs. Nous n'avons pu avoir les résultats des recherches biologiques à cette date.

Sortie de clinique en janvier 1956.

L'appétit est minime. La nervosité est excessive, rendant la malade difficile à vivre.

Nouvelle rechute en avril 1957, et le médecin consulté conseille l'hospitalisation. La famille refuse d'abord, puis s'y résigne lorsque nous sommes nous-mêmes intervenus.

Il s'agit vraisemblablement de poussées de dépression, périodiques avec anorexie sévère.

Le traitement est en cours et l'isolement dans ce cas particulier a été nécessité en raison de la gravité de la rechute :

— chlorhydrate d'histidine ;

— androstane et dihydrofolliculine selon la méthode habituelle.

Dès les premiers jours de l'hospitalisation, la malade réussit à s'alimenter un peu, n'accuse aucun trouble digestif et reconnaît vouloir sortir de clinique le plus rapidement possible. Il semble qu'elle ait voulu maigrir (l'obésité me fait horreur) et puisse parfaitement s'alimenter.

ANOREXIES MENTALES AVEC CONFLITS FAMILIAUX

OBSERVATION N° 10. — Mlle M... Josette.

Mlle M... consulte le 8 mars 1956.

Elle est alors âgée de seize ans et demi, mesure 1,49 m et pèse 39,400 kg.

L'aspect juvénile de cette jeune fille de petite taille contraste avec un visage très sérieux.

Sa mère l'accompagne et expose avec plus d'animosité que de pitié ou même d'inquiétude, le motif de leur consultation.

Depuis plusieurs mois, l'appétit de sa fille d'abord diminué et capricieux devient pratiquement nul. Cette anorexie persistant rend l'heure des repas très pénibles. La mère estime que sa fille est butée et que sa mauvaise volonté résiste aux prières, remontrances et menaces.

Interrogée, la jeune fille (que la présence de sa mère met visiblement mal à l'aise pour répondre) dit être extrêmement fatiguée et angoissée sans pouvoir toutefois en donner une explication valable.

Réglée depuis l'âge de quatorze ans, elle n'est pas aménorrhéique ; son cycle demeure jusqu'à présent régulier de trente jours.

Un bilan est fait.

Les divers appareils sont normaux, par prudence un cliché pulmonaire est demandé et se révélera négatif.

Le morphogramme est infantile.

Les caractères sexuels secondaires peu développés.

On prescrit : chlorhydrate d'histidine et vitamine A.

La jeune fille est revue le 22 mars, sans aucune amélioration de son état.

Elle contracte la rubéole et ne revient que le 24 mai 1956, ayant de nouveau perdu du poids : 37,200 kg.

Traitement : chlorhydrate d'histidine auquel on adjoint vitamine C et extrait placentaire.

Le mois suivant, la reprise pondérale semble s'amorcer, elle reprend 1 kg. Et l'on ajoute au traitement sus-cité la pénicilline-vitamine B₁₂.

Revue le 29 novembre 1956, elle pèse 39,400 kg.

Mais si le poids augmente lentement, l'anorexie cède plus difficilement encore.

Prescription : vitamine C à hautes doses.

En janvier 1957 : la jeune malade pèse 40,200 kg, et cette fois nous associons au chlorhydrate d'histidine :

— la dihydrofolliculine de XV à XXX gouttes pendant quinze jours par mois ;

— l'extrait thyroïdien à raison de 0,01 par jour et un reconstituant.

Mais à nouveau la famille s'inquiète car la jeune fille aurait eu par deux fois une très brève perte de connaissance, le matin au lever. Convoquée pour faire un tracé électro-encéphalographique, elle vient avec son père, ce qui nous permet d'interroger ce dernier.

Nous apprenons ainsi que la jeune malade continue à suivre avec plaisir des cours dans une école de commerce sans effort apparent. Par ailleurs, son caractère n'est irascible qu'à la maison, presque exclusivement vis-à-vis de sa mère, et très particulièrement aux heures des repas. Elle est, semble-t-il, en désaccord permanent et systématique avec sa mère dont l'autorité, voire le despotisme, la heurte profondément.

Le père lui-même semble avoir renoncé pour sa propre tranquillité à contrarier sa femme.

Affectueuse et tendre, la jeune fille s'entend fort bien avec lui et recherche l'affection de son frère, âgé de quatorze ans.

Devant cette ambiance familiale néfaste, nous sommes amenés ultérieurement à conseiller à la mère de modifier son attitude.

Le tracé électro-encéphalographique, caractérisé par des rythmes rapides avec d'accidentelles « bouffées d'alpha », n'est pas typiquement évocateur de comitialité. Toutefois, par prudence, nous prescrivons deux comprimés par jour de phénacétylurée et y adjoignons quatre comprimés par jour d'androstane.

La malade est toujours suivie à notre consultation, actuellement en progression ascendante.

OBSERVATION N° 11. — Mlle D... Lucie.

Vue dans le service le 9 juillet 1956, cette jeune fille âgée de vingt ans, mesurant 1,70 m, est impressionnante par son émaciation extrême. Elle pèse 45,500 kg.

Elle vient accompagnée par sa mère, et d'emblée nous avons l'impression d'un malaise latent, voire même d'une hostilité entre elles. L'impression se confirme au cours de l'interrogatoire que la présence de la mère rend difficile.

Aux questions posées à la jeune malade, la mère volubile répond sans y être invitée et de façon catégorique. L'aménorrhée de sa fille l'inquiète car depuis un an divers traitements n'ont pu rétablir le cycle. En outre, elle lui reproche son anorexie qu'elle met sur le compte de son caractère ombrageux et renfermé.

Patiemment, nous reprenons l'interrogatoire de la jeune fille et apprenons ceci :

Depuis un an, elle a maigri de 20 kg, n'ayant absolument aucun appétit et mangeant à peine.

L'aménorrhée est apparue brusquement alors que les repas étaient depuis trois mois déjà sujets à reproches acerbes et que l'amaigrissement était notable (sans qu'il soit possible de préciser le chiffre exact).

Un cortège de troubles gastriques sert à expliquer le refus d'alimentation : aigreurs, nausées, voire vomissements, sont mis sur le compte de tel ou tel aliment pour les éviter.

Mais nous apprenons que les habitudes alimentaires de cette famille sont spéciales. Le père est végétarien strict, et impose cette règle à sa famille sans accepter la moindre dérogation. Il refuse les invitations, ne convie personne à sa table afin qu'aucun écart de régime ne puisse être commis. Sa fille n'a pas le droit de sortir dîner chez des amis et se considère comme la « recluse d'un régime absurde ».

Il est vraisemblable que la réclusion est un motif psychogène plus puissant que le régime lui-même.

Ainsi tenue chez elle au nom d'un principe alimentaire, elle prend non seulement ce principe mais tous les aliments en un dégoût qui évolue en répulsion.

Le milieu familial rigoriste hostile, l'autorité stupide du père, achèvent de perturber la jeune fille et l'anorexie mentale évolue rapidement.

La malade conserve cependant son activité et refuse un repos qui la confinerait chez ses parents.

L'examen clinique est négatif :

- Radiographie pulmonaire normale.
- Hémogramme normal.
- Tube digestif : aucune lésion organique, tous les troubles sont en rapport avec l'anorexie mentale. Constipation opiniâtre.

Du point de vue psychique : instabilité certaine.

La jeune fille pleure à tous moments, même en cours d'interrogatoire. Renfermée, sa confiance est difficile à capter. Elle avoue des « crises de cafard ». Elle voudrait se dégager de son milieu familial et le redoute à la fois.

Le traitement est instauré sous la menace d'hospitalisation. Cette menace impressionne la mère et l'oblige à reconsidérer son attitude vis-à-vis de sa fille. De plus, elle l'incite à lui fournir non seulement une alimentation normale mais un mode de vie plus adapté aux besoins d'un être jeune. On insiste pour obtenir la neutralité familiale en ce qui concerne la capacité d'absorption de la malade, de même que la cessation des interrogatoires relatifs à l'aménorrhée.

Nous convoquons la malade tous les quinze jours, ce qui permet de surveiller la cure ambulatoire et de maintenir notre influence à la fois sur la mère et la fille.

Prescription :

- chlorhydrate d'histidine quotidiennement ;
- dihydrofolliculine : XV à XXX gouttes par doses progressives quinze jours par mois ;
- extrait thyroïdien : 0,01 chaque jour ;
- pénicilline-vitamine B₁₂ : trois comprimés par jour.

Les progrès sont rapides jusqu'en novembre 1956. Le poids est alors de 57 kg.

Mais il faut noter que pendant cette période se situent les vacances passées partiellement loin de la famille.

Revue le 17 décembre 1956, la jeune fille a de nouveau perdu 3 kg. Elle demeure aménorrhéique et c'est elle cette fois qui s'inquiète de ce problème. Nous la rassurons et modifions la prescription en donnant de l'androstane : quatre comprimés chaque jour à la place de la pénicilline-vitamine B₁₂.

Le 22 janvier 1957, elle revient avec une reprise de 2 kg. Un peu plus confiante, plus souriante, elle parle plus volontiers. L'appétit demeure très capricieux, elle mange quand elle en a envie et ce qui lui plaît. Sa famille redoutant de la voir hospitalisée, lui laisse toute liberté sur ce point. Mais la malade demeure malgré tout sous l'emprise de l'autorité paternelle qu'elle semble beaucoup redouter.

Malgré les progrès effectués, il est évident que la guérison n'est pas encore acquise. La malade est toujours en progrès et suivie. Mais la question reste posée de l'existence non pas d'une anorexie mentale pure mais d'un syndrome psychique dont l'anorexie et ses conséquences constitueraient la phase initiale, auquel cas la question de l'hospitalisation se poserait à nouveau.

ANOREXIES MENTALES D'ORIGINE ESTHETIQUE

OBSERVATION N° 12. — Mlle L... Pierrette.

Agée de vingt ans, elle mesure 1,63 m et pèse 44 kg lorsqu'elle vient consulter dans le service le 11 janvier 1956.

L'anorexie et la chute pondérale nette datent de mars 1955 et se sont très accentuées depuis mai.

L'activité a été conservée, et le succès à la seconde partie du baccalauréat à la session de juillet le prouve. A la rentrée d'octobre, la jeune fille est étudiante à l'Ecole normale de Bourges où elle suit toujours ses cours malgré sa maladie.

L'aménorrhée date de mai 1955 avec toutefois réapparition de deux cycles, l'un en novembre, l'autre en décembre.

L'anorexie est tenace.

Un morphogramme est établi : morphogramme d'immaturation chez une jeune fille qui était réglée depuis l'âge de quinze ans et a bien grandi.

L'examen clinique digestif, pulmonaire, neurologique et cardiaque est normal. T.A. : 10-6,5.

Les constantes biologiques sont normales.

La jeune fille accuse en période pré-menstruelle des céphalées tenaces et un nervosisme très accentué.

Le traitement est instauré :

- chlorhydrate d'histidine quotidiennement ;
- dihydrofolliculine par doses croissantes de XV à XXX gouttes quinze jours par mois ;
- sirop de phénergan le soir au coucher pour faciliter le sommeil.

Revue chaque mois, la jeune malade reprend du poids et reconnaît avoir un appétit meilleur. L'aménorrhée persiste. L'activité est maintenue.

En juillet 1956, elle pèse 49 kg. Le traitement est maintenu et de l'extrait thyroïdien à raison de 0,01 y est adjoint.

Le poids s'améliore malgré un phlegmon de l'amygdale qui a beaucoup fatigué la jeune malade.

Actuellement, poids de 57 kg et règles normalement rétablies sans traitement depuis quatre mois.

La jeune fille n'avoue pas son désir d'amaigrissement, mais insiste sur sa crainte d'une augmentation pondérale. Elle veut garder au point de vue esthétique une marge de sécurité, motivée non par sa propre corpulence mais par la crainte de ressembler à sa mère qui est obèse. Elle tient à rester svelte et élégante.

OBSERVATION N° 13. — Mlle F... Françoise.

Mesurant 1,61 m et ne pesant que 36,700 kg alors qu'elle est âgée de vingt et un ans, Mlle F... consulte le 21 février 1952.

A treize ans, lorsque les règles se sont établies, elle pesait de 60 à 65 kg.

A dix-huit ans, une paratyphoïde lui fait perdre 10 kg en deux mois, sans toutefois perturber les cycles. Pendant la convalescence, la malade reprend 5 à 6 kilos.

L'interrogatoire ne permet pas de mettre en évidence la cause de la nouvelle chute pondérale. Ce n'est qu'après une diminution de poids importante (15 kg environ) que l'aménorrhée s'installe et persiste depuis juillet 1949.

Nous sommes en présence d'une jeune fille anorexiquée, refusant avec un dégoût électif très marqué les aliments gras, et se présentant dans un état cachectique.

De plus, elle a une vue phobique de la balance, tendance que l'on retrouve souvent chez ces malades qui se refusent à une vérification de leur poids.

A l'examen clinique, les divers appareils sont normaux.

Un bilan a été fait et l'électro-encéphalogramme est normal, sauf à l'hyperpnée où l'on voit apparaître une multitude d'ondes lentes qui ne tardent pas à revêtir le type hypersynchrone.

Le traitement est instauré qui comprend :

— chlorhydrate d'histidine quotidiennement en intra-dermiques ;

— vitamine A ;

— dihydrofolliculine de XV à XXX gouttes par doses croissantes pendant quinze jours par mois.

En juin, le poids atteint 40 kg, la malade se sent mieux, plus active et désire travailler. L'appétit demeure capricieux et redevient difficilement normal.

L'aménorrhée persiste.

En octobre, alors qu'elle pèse 43,700 kg, la malade avoue sa phobie de l'obésité ; elle mange le moins possible pour ne pas grossir afin de pouvoir s'habiller selon la mode. Elle réussit sans mal et sans autorisation à redescendre son poids à 41,700 kg. Elle dit elle-même qu'elle « ne mange pas et travaille beaucoup ».

Nous lui prescrivons pénicilline et vitamine B₁₂, et ensuite androstalonane qui donne de bons résultats.

OBSERVATION N° 14. — Mlle M... Anne.

Elle est vue, pour la première fois, en décembre 1953, âgée de vingt ans. Elle se présente avec un passé pathologique chargé.

Née à terme, pesant 3 kg, d'une mère très fatiguée, dont le *post-partum* est grevé d'hémorragies de la délivrance puis de phlébite pelvienne, l'enfant est d'une pâleur cireuse sans vitalité. À partir de trois mois, elle refuse le biberon. À cinq mois, on est contraint de pratiquer des lavages d'estomac, en raison d'une hyper-sécrétion d'acide chlorhydrique, et de la nourrir à la sonde pendant plusieurs semaines. Jusqu'à quinze mois, tous les repas sont pris de force. On y adjoint un traitement hépatique. À quatre ans, elle fait un léger ictère, à huit ans une crise d'acétone, à neuf ans on lui enlève les amygdales. Malgré ces incidents, d'ailleurs mineurs, l'état général est satisfaisant et l'enfant résistante.

À onze ans, une appendicectomie pour crise aiguë est pratiquée, compliquée d'infection intestinale avec fièvre élevée. L'enfant sera très longue à se remettre.

À treize ans, elle éprouve un gros choc nerveux en apprenant la mort de son frère, de deux ans son aîné.

Puis à quatorze ans survient la puberté. Dès lors, en dehors de ses séjours au grand air, mer ou montagne, l'adolescente voit son état général décliner. Pâle, asthénique, très lente, elle doit fournir un effort considérable pour réussir ses examens malgré le grand intérêt qu'elle y porte. Elle se plaint de troubles digestifs : dégoût des graisses, du lait, du chocolat. Elle « rumine » ses aliments, mange de moins en moins, accuse une barre épigastrique.

Ces troubles persisteront ainsi avec des périodes d'amélioration et d'aggravation jusqu'à l'âge de vingt ans. Elle pèse alors 40,100 kg pour 1,61 m. Ses règles sont en principe régulières : vingt-six jours, durée quatre jours, avec caillots, mais il lui arrive de sauter un cycle en période d'asthénie. Sa T.A. est à 11-7 ; il existe un signe de Chvostek. Le morphogramme est sensiblement normal.

Depuis la mort de son frère, elle reste sensible et renfermée, se confiant peu à son entourage. Elle devient, en période de fatigue, incapable de toute initiative. Insomnique, elle récupère mal, même après dix heures d'un sommeil, provoqué par des somnifères.

Un choc sentimental, datant de deux ans, n'est pas sans influence sur son état actuel.

En quatre mois, sous l'effet du traitement habituel (histidine, 4560 R.P., phénergan, extrait placentaire), la malade reprend 7,500 kg.

En novembre 1954, cette malade régulièrement suivie, dans l'intervalle est remontée à 54,800 kg. soit près de 15 kg en un an. L'état général est satisfaisant. Elle nous avoue alors avoir voulu maigrir en raison du développement de ses fesses depuis la puberté.

Cette malade a été revue récemment avec un poids sensiblement égal. Toutefois, son état psychique n'est pas sans nous inquiéter. Elle a un fond psychasthénique incontestable avec scrupules excessifs, bouffées d'anxiété paroxystique. La surveillance médicale ne doit pas être relâchée.

OBSERVATION N° 15. — Mlle B... Marie-Claude.

Agée de dix-sept ans, pesant 48 kg pour une taille de 1,58 m, la malade consulte le 18 juin 1953 pour aménorrhée.

L'aménorrhée date de juillet 1952, correspondant à une période de vacances et suivant quelques mois d'anorexie pendant lesquels la jeune fille aurait perdu 10 kg.

Elle reconnaît volontiers avoir voulu maigrir et avouera plus tard qu'elle jugeait inesthétique le volume de ses hanches et de la région fessière.

Réglée depuis l'âge de douze ans, elle avait jusqu'en juillet 1952 des cycles réguliers de vingt-huit jours.

L'examen clinique est entièrement négatif chez cette malade inquiète, angoissée et insomniaque.

Traitement instauré :

- chlorhydrate d'histidine ;
- dihydrofolliculine : XV à XXX gouttes ;
- extrait thyroïdien : 0,01 ;
- et largactil.

En octobre 1953, si le poids reste de même, l'amélioration psychique par contre est nette.

En novembre, l'appétit demeure déficient mais la courbe pondérale commence à remonter : 49,500 kg.

En janvier 1954, le poids est de 54 kg, et en février la malade ayant insisté pour obtenir un traitement hormonal adéquat, les règles réapparaissent à la suite d'injections de benzoate d'œstradiol.

La jeune fille commence à s'inquiéter de son poids, redoutant l'obésité. En avril, fléchissement de la courbe pondérale à 52 kg et à nouveau aménorrhée qui dure jusqu'en octobre.

À partir d'octobre, le poids se stabilise entre 54 et 55 kg et restant sous traitement de chlorhydrate d'histidine et de benzoate d'œstradiol, la malade retrouve des cycles réguliers.

L'année suivante, le poids atteignant 64 kg, la jeune fille insiste pour obtenir un traitement permettant une réduction pondérale. L'approche de chaque période de vacances provoque à nouveau une tentative d'amaigrissement dont le motif demeure la crainte de se montrer ridicule en maillot de bain en raison du volume des hanches et des fesses.

Mais elle n'a plus le courage de se priver et de réduire son alimentation et son augmentation de poids ne provoque que des lamentations.

En somme, chez elle, le motif esthétique se manifeste avec une certaine périodicité.

Enfin, comme pour d'autres malades, la tendance à l'embonpoint remplace l'émaciation extrême et ceci parfois sans que l'appétit soit très développé. Souvent même, l'appétit demeure en dessous de la moyenne et la courbe pondérale continue à monter.

Peut-on voir dans ces faits une preuve détournée de la participation des centres hypothalamiques dans l'instabilité pondérale de ces malades ?

CHAPITRE VI

Diagnostic

I. — MAIGREUR CONSTITUTIONNELLE

On ne confondra pas l'anorexie mentale avec une maigreur constitutionnelle.

Dans cette dernière, le sujet n'est pas anorexique, il est même souvent boulimique. Dans ses ascendants, on retrouve des cas de maigreur identique.

En réalité, le diagnostic ne se pose que s'il s'agit d'une jeune fille qui en raison d'un tempérament un peu spécial inquiète ses parents.

Il faut alors se méfier d'une tuberculose plus ou moins larvée chez un sujet atteint de maigreur constitutionnelle.

II. — TUBERCULOSE

Comment ne pas évoquer ce problème de la tuberculose chez une jeune fille en présence du triple syndrome anorexie, amaigrissement, aménorrhée ?

Certes on ne discute pas le diagnostic s'il s'agit d'une primo-infection patente chez un sujet régulièrement suivi pour lequel on guette le virage de la cuti-réaction jusqu'alors négative.

De même le tableau typique de la flambée tuberculeuse avec toux, expectoration, état subfébrile et à la radiographie une image suspecte ne posera pas de problème.

Mais il est des cas où l'état général, surmené par la vie estudiantine ou professionnelle, pouvait donner des inquiétudes, où les trou-

bles des règles s'accroissent chez une jeune fille fort mal réglée depuis la puberté.

C'est dans ces cas qu'il faut avant de poser le diagnostic d'anorexie mentale, éliminer préalablement une tuberculose pulmonaire. Il va sans dire que diverses recherches, tant cliniques que biologiques, que radiologiques, doivent être utilisées afin de différencier de façon certaine les deux affections.

Il est capital d'insister sur le fait, que ce n'est pas parce que se trouve éliminé le diagnostic de tuberculose au départ, qu'il faut pour autant en oublier la possibilité tout au cours de l'évolution de l'anorexie mentale. On sait combien ce terrain fragile peut dans un cas de contagion favoriser une évolution particulièrement rapide de la bacillose et mettre en jeu le pronostic vital. Sans aller jusque-là, une forme mineure, voire bâtarde, est relativement fréquente.

Nous insisterons donc non seulement sur un bilan complet de début pour éliminer la tuberculose, mais aussi sur la nécessité d'exams comparatifs, régulièrement renouvelés ultérieurement.

III. — MALADIE DE SIMMONDS

Laissant de côté les formes tardives de la maladie de Simmonds qui ne peuvent prêter à confusion, nous envisagerons la discussion classique et souvent difficile qui se pose chez une multipare.

Le début de la maladie de Simmonds est insidieux, parfois simplement marqué par des troubles généraux des plus banaux — asthénie, pâleur, hypotension — apparaissant le plus souvent après une hémorragie du *post-partum*.

Les signes en sont parfois plus évocateurs : aménorrhée et amaigrissement. Ce dernier est un symptôme majeur, progressif ou rapide, il est toujours important, de l'ordre de plusieurs kilos par mois, pouvant aboutir à une véritable fonte musculaire avec hypotonie.

L'aménorrhée va de pair, irréductible par les traitements hormonaux habituels.

En fait il faut penser, et c'est l'opinion de M. FERRIER, que le syndrome de Sheehan doit être considéré comme le début parfois traînant d'une maladie de Simmonds.

Il se présente chez une femme après un accouchement difficile avec hémorragies importantes et parfois récidivantes du *post-partum*. Ces hémorragies paraissent entraîner une nécrose du lobe antérieur sans qu'on connaisse exactement la liaison entre ces deux manifestations.

Au début de la maladie, deux éléments forment contraste avec l'anorexie mentale, ce sont les caractères de l'anorexie et les troubles des téguments.

L'anorexie est généralement secondaire, parfois même tardive. Elle peut dans certains cas être remplacée par de la boulimie.

Les troubles des phanères sont par contre beaucoup plus précoces. La peau est sèche, plissée, les cheveux tombent, donnant une alopecie en clairière. Les cils et les sourcils sont moins fournis, les dents se déchaussent avec atrophie des gencives. La chute des poils pubiens et axillaires est presque constante.

L'ensemble de ces troubles contribue à donner à la malade un aspects spécial « vieillot » tout à fait caractéristique de la maladie.

LOEPER a insisté sur la diminution du tonus vasculaire ou « leiasthénie ». Le visage est cyanosé, les membres sont froids, le sujet est particulièrement frileux. Le pouls est ralenti, la tension artérielle basse avec chute plus prononcée de la maxima.

Biologiquement, trois résultats séparent la maladie de Simmonds de l'anorexie mentale :

- l'abaissement du métabolisme de base ;
- la chute du taux des 17-cétostéroïdes ;
- et surtout le caractère négatif de l'épreuve d'hyperglycémie provoquée.

Tels sont les tableaux cliniques typiques.

Il nous reste à insister sur quatre arguments différentiels :

— D'abord l'étiologie : on ne trouve pas d'hémorragies du *post-partum* chez l'anorexique mentale, même si l'évolution des deux affections en amène à la phase cachectique à se ressembler au point d'avoir été à l'origine de nombreuses erreurs de diagnostic.

— En dehors de l'étiologie différente, les troubles des phanères sont au maximum de l'évolution de l'anorexie mentale, beaucoup moins accusés que dans la maladie de Simmonds.

— En fait, en analysant méthodiquement l'apparition des symptômes, il n'est guère possible de se tromper.

La notion de fréquence n'est pas négligeable. La cachexie antéhypophysaire est exceptionnelle. On ne peut en dire autant de l'anorexie mentale.

— Enfin, dernier argument s'il en était besoin, l'épreuve thérapeutique.

En cas d'hésitation, l'épreuve de l'isolement bien surveillé médicalement guérit habituellement l'anorexie mentale tandis qu'elle est inopérante dans la cachexie antéhypophysaire.

IV. — SYNDROME DE SHEEHAN

Plus facile, sauf dans la période de début, est le diagnostic différentiel avec le syndrome de Sheehan.

Nous avons déjà dit que pour M. FERRIER, il pouvait être considéré comme la phase de début d'une maladie de Simmonds.

Pour d'autres auteurs, il est autonome, aussi en rappellerons-nous ici les principaux signes.

Il survient après un accouchement difficile compliqué d'hémorragies ou d'infections du *post-partum*.

On peut aussi l'observer après un placenta prævia ou une rétention placentaire.

L'aménorrhée, précédée d'irrégularités menstruelles, est un des symptômes majeurs.

L'atrophie génitale est rapide avec régression des caractères sexuels secondaires. Par contre, l'appétit et le poids sont longtemps normaux, contrastant avec une asthénie précoce qui ne s'observe pas dans l'anorexie mentale.

Biologiquement, on constate :

- un abaissement des F.S.H., chiffre inférieur à 5 unités-souris ;
- le taux d'élimination dans l'urine des 17-cétostéroïdes est extrêmement bas, de l'ordre du demi-milligramme par vingt-quatre heures ;
- celui des 11-oxystéroïdes suit une marche parallèle ;
- les modifications du taux de la glycémie ne sont pas probantes ;
- le métabolisme basal est très abaissé.

Comme dans la cachexie de Simmonds, le diagnostic entre les deux maladies se discute à la phase cachectique seulement, car si après un accouchement difficile une jeune femme peut traverser une phase dépressive entraînant anorexie et amaigrissement, en fait l'analyse de la symptomatologie différentielle peut prêter à confusion.

V. — MALADIE DE BASEDOW

S'il est classique d'admettre que le diagnostic de maladie de Basedow caractérisée par le goitre, l'exophtalmie, la tachycardie et le tremblement est en général évident, il n'en demeure pas moins délicat dans certaines formes d'hyperthyroïdie sans goitre et sans exophtalmie.

VI. — HYPERTHYROIDIE

Un amaigrissement notable, une aménorrhée, un degré variable d'anorexie, des troubles digestifs divers chez une jeune fille ou une jeune femme sont autant de signes qui sont communs avec l'anorexie mentale.

Mais chez l'anorexique mentale, il manque le tremblement, la thermophobie, enfin l'activité chez elle ne prend pas le caractère d'une agitation.

Dans la maladie de Basedow, mais surtout dans l'hyperthyroïdie simple, c'est au laboratoire qu'il faudra faire appel pour confirmer ou infirmer l'impression clinique.

Le métabolisme de base a été longtemps l'examen classique de pratique courante. Son chiffre est nettement augmenté.

Dans les cas difficiles, et seuls ceux-ci se montrent en l'espèce intéressants, mieux vaut recourir au bilan thyroïdien établi par l'iode radio-actif. Un chiffre nettement élevé de la fixation donne à ce sujet des indications infiniment plus sûres que celles fournies par le métabolisme de base.

Si l'aire d'hyperglycémie provoquée est en général accrue, c'est à l'opposé une hypocholestérolémie qui est en faveur d'une participation thyroïdienne.

VII. — ETATS NEUROTONIQUES

Beaucoup plus difficile peut être le diagnostic entre certains états neurotoniques accompagnés d'anorexie et de maigreur dont les signes sont quasi calqués sur les manifestations neurotoniques de l'hyperthyroïdie sans que toutefois la thyroïde soit effectivement en cause, et qui parfois s'accompagnent de maigreur et d'aménorrhée pouvant prêter à confusion avec l'anorexie mentale.

LABBÉ, AZERAD et G. DREYFUS avaient autrefois réuni l'essentiel de ces manifestations sous la dénomination de « para-basedow ».

Comme dans la maladie de Basedow et comme dans l'hyperthyroïdie, le diagnostic dans les cas difficiles sera établi par le laboratoire et l'épreuve de choix sera l'étude de la fixation de l'iode radio-actif, car il est alors fréquent dans de tels cas de voir le métabolisme plus élevé que la normale. Parfois même, cette épreuve fournit des résultats extravagants dont il faut savoir se méfier.

VIII. — DEPRESSION NERVEUSE AVEC ANOREXIE ET AMAIGRISSEMENT

M. FERRIER insiste sur le diagnostic entre anorexie mentale et dépression nerveuse accompagnée d'anorexie, d'amaigrissement et d'aménorrhée.

Pour lui, il s'agit de deux affections différentes dans leur étiologie, dans leur symptomatologie, dans leur évolution et aussi dans leur mode de traitement.

Ces deux affections sont souvent confondues.

Au cours de ce travail, nous avons insisté à plusieurs reprises sur les caractères de l'anorexie mentale pure telle que la conçoit M. FERRIER ; son principal élément psychogène est d'ordre esthétique.

Son début coïncidant avec un choc émotionnel sentimental ou affectif, mais suspect, généralement un interrogatoire bien conduit permet de préciser que le début de l'amaigrissement a été antérieur au choc. En réalité, celui-ci n'est qu'un prétexte destiné à tromper famille et médecin dans le but de poursuivre l'amaigrissement.

La symptomatologie, si elle présente des points communs : amaigrissement, anorexie, aménorrhée, frilosité, diffère entièrement dans d'autres manifestations.

Dans la dépression nerveuse, la tristesse est fréquente sinon habituelle, l'adynamisme qualifié de « fatigue » par les malades est de règle, représentant une atteinte plus ou moins prolongée et plus ou moins profonde de l'intérêt vital qui aboutit finalement à la difficulté sinon à l'impossibilité d'effectuer des mouvements volontaires. Les malades stagnent dans leur lit, se traînent de fauteuil en fauteuil, ne cessent lorsqu'elles ne pleurent pas sans raison valable apparente de se plaindre de tout : troubles cénestopatiques plus ou moins « baroques » mais toujours prouvés ; douleur morale pénible à base de sentiment de culpabilité qui n'atteint jamais l'intensité de celui qui caractérise l'état mélancolique ; impossibilité surtout de se livrer au moindre travail, cette dernière inconstante étant vraisemblablement à l'origine de leur remords, de leur sentiment de culpabilité et par conséquent de leur douleur morale.

Chez les anorexiques mentales pures, au contraire, on ne note pas de tristesse véritable et il faut se garder à leur sujet de confondre tristesse et repliement sur elles-mêmes. Ce repliement d'ailleurs nous a souvent paru le résultat des mauvaises relations avec

la famille, mauvaises relations qui ont débuté avec la maladie par l'obstination de la malade à ne pas s'alimenter.

Les anorexiques mentales ne sont pas adynamiques, nous avons vu au contraire que leur activité est conservée, parfois même exagérée. Elles n'interrompent pas leur travail, elles auraient plutôt tendance à l'intensifier. Par ailleurs, elles n'ont pas de remords, pas de sentiment de culpabilité, elles échappent même à celui que devraient leur inspirer les inquiétudes qu'elles causent à leur famille.

Leur état infantilo-pubertaire joint à la fréquence de l'anorexie mentale chez les filles uniques, évoque presque obligatoirement les manifestations d'indifférence apparente de l'enfant gâtée. Elles n'ont ni remords ni sentiment de culpabilité parce qu'elles sont certaines du « pardon » final en dépit des scènes fréquentes. De plus, bien égoïstement, elles considèrent que leurs parents mis en présence d'une situation de fait n'ont qu'à l'admettre.

Suivant l'expression employée après guérison par plusieurs d'entre elles, « il a bien fallu qu'ils s'y fassent ».

A l'opposé, la déprimée recherche le soutien familial, elle n'est pas égoïste, tout au plus peut-on dire que son incapacité de vivre sans l'appui des siens la rend égocentriste.

D'autre part, ainsi que nous y avons insisté, les preuves de volonté ne manquent pas chez l'anorexique mentale, tandis qu'elles font entièrement défaut chez la déprimée anorexique qui se montre temporairement dépourvue de toute capacité de réactions.

Un dernier symptôme peut prêter à confusion : la frilosité. Elle est de règle dans les deux cas. En fait, il semble bien que la frilosité dont souffre l'anorexique mentale (sans s'en plaindre) relève de deux facteurs : la raréfaction de l'alimentation d'une part, l'état d'émaciation d'autre part. Le premier aboutit à une diminution notable de l'apport calorique, le second à une déperdition de chaleur plus facile et à un manque de protection contre le froid.

Chez la déprimée nerveuse, amaigrie et anorexique, les mêmes facteurs jouent à coup sûr, mais un interrogatoire serré montre sans contestation possible que la frilosité existait déjà chez elle avant l'amaigrissement. Il s'agit dans ce cas de cette frilosité intérieure qui accompagne les états de dépression et en constitue souvent un signe précoce, comme y a insisté M. FERRIER.

L'évolution de l'anorexie mentale en l'absence de soins est souvent de beaucoup plus longue durée que celle d'une dépression nerveuse.

De cet état qui comporte comme on le sait des rémissions, parfois prolongées, la malade sort toujours, souvent sans traitement.

Dans l'anorexie mentale, la rémission est exceptionnelle. Lorsqu'elle se produit spontanément, du fait surtout d'un éloignement du milieu familial, cette rémission est bien loin d'être une guérison. Tout au plus peut-on noter un arrêt de la chute pondérale, mais la reprise de poids demeure tout à fait exceptionnelle.

Le traitement est nécessaire à la guérison de l'anorexique mentale. Ce traitement d'ailleurs peut encore prêter à confusion entre dépression nerveuse et anorexie mentale.

En effet, le succès thérapeutique de la cure d'isolement en maison de santé est incontestable dans l'anorexie mentale.

Mais il ne faut pas oublier que la mise au repos en milieu hospitalier compréhensif peut à elle seule constituer un excellent traitement des états dépressifs. On en voit couramment les effets sur les dépressions nerveuses qui ne s'accompagnent ni d'anorexie, ni d'aménorrhée, ni d'amaigrissement.

Parfois la sanction thérapeutique est plus sévère, surtout en milieu psychiatrique. La pratique des chocs y est d'usage courant mais fortement combattue par certains. Exception faite de quelques rares cas où la sismothérapie pourrait se discuter, il est certain que l'anorexie mentale ne relève pas d'un tel traitement.

Pour M. FERRIER, étant donné que le choc constitue un traitement de choix des états dépressifs, la nécessité de recourir à cette thérapeutique est une preuve supplémentaire en faveur d'une distinction formelle entre anorexie mentale pure et dépression nerveuse anorexique.

Cette forme de dépression est à inclure dans les « formes d'origine psychiatrique » dont MICHARD fait état dans sa thèse. Elles nous paraissent faire transition avec les pseudo-cas d'anorexie mentale qui marquent le début d'une schizophrénie.

En somme, on peut dire que dans l'anorexie mentale on n'observe pas de signes de la série dépressive, tandis qu'ils abondent dans les syndromes dépressifs accompagnés d'anorexie et d'aménorrhée.

CHAPITRE VII

Traitement

« Il exige un contrôle moral et si possible un changement dans les relations familiales. »

Ces lignes qui sont de GULL, en 1873, sont le préambule à l'établissement de la valeur thérapeutique de l'isolement par CHARCOT, en 1885.

De l'isolement, nous donnerons la définition de C. LAUNAY : « Cela signifie à la fois la séparation complète d'avec le milieu familial, et le repos mental et physique dans une détente que doit créer un milieu ambiant calme, serein, rassurant. Aussi faut-il un isolement rigoureux sans visites, sans lettres, sans échange de paquets. Cet isolement permet une réalimentation qu'on peut concevoir plus ou moins coercitive ».

I. — Il est certain que dans les cas graves avec état cachectique et déshydratation profonde, l'isolement en service hospitalier spécialisé est la seule ressource.

Dans ces cas où le pronostic vital est en jeu, il faut à la fois réhydrater et alimenter à la sonde.

1° Réhydrater goutte à goutte :

— solution isotonique à 15-20 mg de chlorure de potassium par 100 cm³.

2° Alimenter à la sonde.

— et PAREIRA répartit ainsi 3.500 calories :

— 210 g de protéines ;

— 30 g de graisse ;

— 1,8 g de sodium ;

— mélanges de minéraux et vitamines à volonté.

- 3° Enfin on peut être amené à associer à ce traitement de fond :
- les isoniazides ;
 - la cortisone et A.C.T.H. ;
 - voire l'emploi de tonicardiaques, d'antibiotiques.

II. — A un stade d'amaigrissement accusé mais avec un état général relativement bien conservé, certains auteurs préconisent l'isolement avec mesures de coercition alimentaire.

Lorsque l'amélioration de l'état de la malade est nette, la reprise pondérale satisfaisante ainsi que la tolérance alimentaire, ils envisagent alors, non pas le retour dans le milieu familial, mais le départ pour un séjour en montagne ou à la campagne, sous la garde d'un parent éloigné ou d'une personne étrangère au milieu familial habituel.

Le traitement médicamenteux sera l'emploi de sédatifs afin de rééquilibrer le système nerveux, et de complexes vitaminiques afin de réparer la carence.

III. — Si pour C. LAUNAY la pratique de l'isolement est formelle dans les cas d'anorexie mentale juvénile, d'autres auteurs (ALBEAUX-FERNET, DECOURT, DE GENNES, DREYFUS) admettent la possibilité d'une cure libre quand l'état général n'est pas trop mauvais et lorsque l'on a de la part de la famille une compréhension normale et une attitude d'appui.

IV. — C'est également l'avis de M. FERRIER qui instaure une cure ambulatoire de l'anorexie mentale lorsqu'un certain nombre de facteurs se trouvent réunis :

a) Etablir le diagnostic et limiter la cure libre de l'anorexie mentale aux cas légers et qui paraissent être des cas d'anorexie mentale pure ;

b) Avoir la patience de mener l'enquête psychologique à la fois auprès de la malade et de ses parents.

Il faudra, nous l'avons déjà dit, beaucoup de temps, de tact et de patience pour que le contact médecin-malade [« chitarnie » du Professeur BARUK] s'établisse dans un climat de confiance. Non seulement se faire accepter de la malade est essentiel afin de pouvoir substituer sa volonté propre à la sienne, mais l'amener à parler d'elle-même, à sortir de sa réserve, de son mutisme parfois obstiné ou même encore d'une opposition souriante à toute investigation dans son comportement. Une fois cette confiance obtenue, il importe que ce soit le même médecin qui suive régulièrement la malade jusqu'à sa guérison, sinon l'effet thérapeutique initial risquerait d'être de courte durée.

Auprès des parents, il y a lieu d'être très perspicace afin d'établir le climat familial, de déceler les interactions famille-malade et de trouver quelle peut être l'épine irritative.

Le climat n'est pas toujours facile à établir et l'enquête est délicate dès que l'on aborde les conflits familiaux ; qu'il s'agisse de mésentente conjugale, d'esprit sectaire, de despotisme paternel ou d'un conflit fille-mère (parfois motivé par la jalousie envers un enfant en bas âge qui accapare la sollicitude maternelle). Il n'est pas aisé d'obtenir dès l'abord le renseignement cherché pour « situer la malade dans son milieu ». Mais il est en général une opinion que l'on peut avoir d'emblée, à savoir si l'on obtiendra une collaboration efficace ou tout au moins une neutralité bienveillante de la part de la famille.

c) Il est indispensable de faire cesser toute manœuvre de quelque nature qu'elle soit qui puisse transformer l'heure des repas en un véritable supplice pour la malade.

La neutralisation de la famille est un des facteurs sans lequel il n'y a pas de cure ambulatoire possible.

L'influence du médecin doit alors s'exercer pour que cesse de façon absolue toute contrainte concernant l'alimentation : ni insistance, ni prières, ni menaces, ni représailles, ni coups.

« La malade doit être traitée en fille majeure responsable de ses actes. »

Cette notion ne concerne pas seulement l'alimentation proprement dite ; il faut que les parents, ascendants, frères, sœurs, oncles, tantes, cousins de tout degré et familiers de la maison soient dûment avertis qu'ils doivent absolument cesser de témoigner à la malade une sollicitude dont le seul résultat est de l'exaspérer, sinon de la rendre « intéressante », situation qu'elle peut avoir le désir de prolonger.

Faute de briller par une esthétique sans reproche, elle peut parfois se contenter d'être celle sur qui se fixe toute l'attention inquiète de la famille.

C'est dire qu'il faut faire disparaître des coutumes familiales l'habitude de demander à la malade, et cela à répétition, des nouvelles de sa santé, et de cesser également de lui demander si elle a faim. Cesser au même titre les allusions, quelles qu'elles soient, à sa maigreur, inquisition verbale à ce sujet ou même simplement regards apitoyés ou désolés des familiers.

Si ces conditions qui réalisait une sorte d'isolement au sein de la famille peuvent être réunies, la cure ambulatoire peut être envisagée avec optimisme.

Dans le cas contraire, seul l'isolement en milieu hospitalier doit être envisagé. Il sera aussi pratiqué d'emblée dans les cas graves,

toutefois ceux-ci sont souvent d'une estimation difficile et la seule maigreur ne constitue pas à leur sujet un élément d'appréciation infaillible.

d) Enfin, sur le plan psychologique, l'entourage familial devra également cesser toute allusion du retour de la menstruation qui peut devenir un sujet de « cristallisation dangereuse ».

V. — Le régime alimentaire tel qu'on l'envisage classiquement, est très difficile à établir et plus difficile encore à faire accepter, puisqu'il faut réveiller l'appétit du sujet et reculer l'impression de satiété.

On conseille plusieurs petits repas répartis dans la journée et « se composant d'aliments apportant un grand nombre de calories sous un faible volume (œufs, fruits secs, viandes et poissons maigres, tous les fromages (1) ». « Une bonne recette est d'enrichir le lait des préparations culinaires avec de la caséine ou du lait en poudre. »

Selon l'opinion de M. FERRIER, la malade doit être laissée entièrement libre de son alimentation. Dans les cas qui tardent à réagir favorablement, le médecin peut tenter d'utiliser la menace d'une hospitalisation, mais en masquant cette menace sous la forme d'une obligation à laquelle il se trouve acculé. Cette perspective est parfois suffisante. Il peut être utile dans les cas rebelles et lorsque la confiance entre malade et médecin est bien établie, d'obliger celle-ci à se regarder dans une glace en soulignant lourdement ce que son aspect a d'inesthétique.

VI. — A ces divers facteurs d'ordre psychologique, il faut de toute nécessité ajouter un traitement médicamenteux.

1° Celui-ci aidera à accentuer la remontée pondérale et l'androstane 17 β ol 3 one donne à ce sujet des résultats très intéressants. A raison de quatre comprimés par jour en absorption *per linguale*, il facilite la reprise de poids.

2° L'association pénicilline-vitamine B₁₂ a également donné de bons résultats.

3° Nous citerons la vitamine A comme adjuvant pour rétablir un état général déficient.

4° L'état mental des anorexiques étant bien particulier comme nous l'avons vu, doit faire l'objet de soins très attentifs de la part

(1) D. FRITEL : « Le traitement de la maigreur », A.M.P.S., janvier 1957, n° 157.

du médecin. Le retard affectif, le manque de maturité masque bien souvent par une intellectualité qui donne le change, sont cependant souvent responsables de la maladie. Ils forment un « fond mental » fragile à toute agression psychogène et nécessitent un traitement médicamenteux spécial.

A cet effet, l'emploi de la dihydrofolliculine à petites doses, emploi calqué sur celui que M. FERRIER a préconisé dans les retards de croissance, donne d'excellents résultats.

Dans l'anorexie mentale, la dihydrofolliculine sera prescrite quinze jours par mois en débutant par XV gouttes auxquelles on ajoutera chaque jour 1 goutte pour atteindre finalement XXX gouttes. Le traitement est échelonné sur quinze jours et repris ensuite de façon identique.

5° Par ailleurs, l'état nerveux de ces malades bénéficie de l'usage quotidien du chlorhydrate d'histidine dont l'emploi doit être poursuivi jusqu'à guérison complète.

Timidité, émotivité, hypersensibilité, hyperaffectivité sont autant de chefs commandant sa prescription d'abord en injection intra-dermique en ampoules de 1 cm³ à 4 % ou en intra-musculaires de 5 cm³ à la même concentration. Dès que l'amélioration se manifeste, on pourra substituer les suppositoires aux injections.

6° Enfin M. FERRIER prescrit de façon ininterrompue de l'extrait thyroïdien à 0.01 pris quotidiennement. Ce traitement hormonal a pour effet de réchauffer les malades de façon plus rapide et il n'est pas certain qu'il ne soit à l'origine d'une reprise d'appétit.

7° Nous avons conservé pour terminer ce chapitre, le problème de l'aménorrhée. Nous avons déjà souligné son importance et l'inquiétude qu'elle crée. En général, les règles réapparaissent sans traitement hormonal approprié, mais il faut compter avec l'impatience de la malade.

S'il nous paraît très légitime de ne pas lui accorder satisfaction au début de son traitement, par contre lorsque l'état général est suffisamment rétabli, pour éviter la persistance de cette source d'inquiétude, il devient très naturel de prescrire à chacune d'elles le traitement hormonal approprié.

8° Le retour à la santé de ces malades est fort long. Il faut les surveiller très régulièrement cliniquement et biologiquement pendant très longtemps. La comparaison régulière du poids et de la mensuration, voire de photographies, est indispensable. Nous conseillons formellement de ne pas leur faire cesser leurs occupations et même de les reprendre si à l'instigation de la famille inquiète, elles ont

abandonné une activité qui leur est salubre. De même, le dépistage précoce d'une éventuelle rechute est capital car leur répétition peut conduire inexorablement la malade vers la mort.

Dérivatif certain, occasion de quitter l'ambiance familiale, nécessité parfois, le travail est toujours bien supporté dans l'anorexie mentale pure. Dans le cas contraire, il convient de se méfier d'un état dépressif accompagné d'anorexie.

VII. — Nous terminerons volontiers cet exposé thérapeutique en soulignant que l'anorexie mentale pure n'est pour ainsi dire que rarement un malade grave, à condition toutefois d'être précocement dépistée.

C'est une crise infantibulo-pubéritaie prolongée au cours de laquelle le jeûne est en somme bien toléré, réserve faite toutefois de la possibilité de maladies intercurrentes. Cette notion de la tolérance du jeûne total ressort à l'évidence de l'exemple fourni par les jeûneurs volontaires (Gandhi, lord-maire de Cork) qui prouvent que l'organisme résiste de façon extraordinaire à des restrictions même infiniment poussées comme on a pu le constater en étudiant les cas des camps de déportés pendant la dernière guerre (travaux de LAMOTTE).

Il en est tout autrement des cas où un dérèglement mental profond se révèle, comme dans l'exemple d'une jeune malade de Ville-Evrard qui présentait tous les caractères de l'anorexie mentale, mais pour qui la privation de nourriture représentait un moyen de mourir.

VIII. — La pathogénie de l'anorexie mentale ne fait pas partie de notre travail et nous n'envisagerons pas son étude détaillée.

Nous signalerons toutefois que pour M. FERRIER, il n'y a pas dans cet état, comme l'indique J. DECOURT, une « régression » vers l'enfance mais un trouble de l'évolution consistant soit en un retard, soit même en un arrêt qui éventuellement peut être définitif.

C'est pour lutte contre ce retard et tenter de remettre en mouvement cet arrêt que M. FERRIER préconise l'emploi de la dihydrofolliculine à doses faibles, croissantes par périodes régulières.

Conclusions

L'anorexie mentale, décrite pour la première fois par LASÈGUE en 1873, a vu ses limites précisées par les travaux de J. DECOURT et de ses élèves.

Le but de notre travail n'est pas de remettre en cause le cadre de ce syndrome mais de souligner quelques points importants.

L'anorexie mentale s'observe à peu près exclusivement chez la jeune fille ou la jeune femme. Ce facteur nous permet d'insister — contrairement à d'autres auteurs qui le minimisent — sur la notion d'esthétique qui apparaît au premier plan de la genèse.

Il est capital, dans un but thérapeutique, d'en faire un dépistage précoce. En raison de l'état mental de ces malades, l'examen pose un problème particulier : celui de l'interrogatoire. Il doit être prudent, patiemment conduit ; il importe de ménager la personnalité de la consultante si l'on veut recueillir le maximum de bénéfice du contact médecin - malade.

La jeunesse de la malade, son attitude réservée, voire même hostile, le secret obstiné de son obsession sont autant d'obstacles difficiles à franchir.

Parmi les formes cliniques déjà décrites, nous pensons qu'une anorexie mentale pure d'origine esthétique peut être introduite.

Au diagnostic, nous insistons sur la difficulté de différenciation entre l'anorexie mentale vraie et les dépressions nerveuses accompagnées d'anorexie : tristesse et sentiment de culpabilité morale, adynamie physique, genèse non esthétique, évolution clinique plus rapide vers la rémission en sont les principaux signes distinctifs.

Classiquement, dans la plupart des cas, le traitement est essentiellement l'isolement strict en milieu hospitalier avec régime hypercalorique, équilibré et contrôlé. Il reste indispensable chaque fois que le pronostic vital est en jeu.

Toutefois dans certains cas, le traitement ambulatoire comporte d'heureux succès. Il est indiqué lorsque la malade refuse l'hospita-

lisation et dans les formes frustes ou débutantes, où l'isolement peut apparaître comme une mesure de contrainte, préjudiciable au point de vue psychothérapique.

Il nécessite outre le régime alimentaire habituel, des contacts fréquents médecin - malade, une analyse objective de l'état psychique, un contrôle rigoureux de l'évolution pondérale, une observation clinique détaillée et régulièrement tenue à jour. En cas d'échec, il ne faut pas hésiter à recourir à l'hospitalisation.

Compte tenu de ces précautions, le traitement ambulatoire apparaît parfaitement justifié.

Vu, le Doyen :
BINET

Vu, le Président de Thèse :
DECOURT

Vu et Permis d'imprimer,
le Recteur de l'Académie de Paris :
SARRAILH

Bibliographie

- ALBERT-CRÉMIEUX. — Les difficultés alimentaires de l'enfant. Les anorexies mentales, infantiles, juvéniles. (Paris, P.U.F., 1954.)
- ALBERT-CRÉMIEUX et DONGIER (M.). — Observations statistiques sur les familles où survient une anorexie mentale. (*Ann. Méd. Psychol.*, avril 1956, 114, n° 4, 639-641.)
- ALLOITEAU. — Faim et appétit. (Thèse, Paris, 1950.)
- AUGIER et COSSA. — *Jour. Méd. Fr.*, 1936, 25/10, p. 356.
- BABONNEIX (L.). — L'anorexie mentale des jeunes filles. (*Sem. Hôp. Paris*, 1939, 14, 323-330.)
- BALDUZZI (E.). — Symposium on clinical psychology psychopathologic aspects of mental anorexia. (*Arch. Psicol. e Psichiat.*, jan.-march 1953, I, 176-179.)
- BARGUES (R.) et NEUVÉGLISE (D.). — A propos d'un cas d'anorexie mentale. (*Evol. Psych.*, 1950, 2, 293-298.)
- BARTELS (E.D.). — Etudes sur le métabolisme : anorexie mentale. (*Acta Med. Scand.*, 1946, 124, 185-211.)
- BEAUMÉLOU (Jean). — Contribution à l'étude clinique et thérapeutique du syndrome anorexie mentale. (Montpellier, 1914, n° 49.)
- BECKS (J.C.3. — Observations sur le pronostic de l'anorexie nerveuse. (*Acta Med. Scand.*, 1954, 149, n° 6, 409-430.)
- BERGOUNGAN (M.). — L'anorexie mentale. (*Sem. Hôp. Paris*, 2 octobre 1956, 32, n° 58, 2983-2985.)
- BERKMAN. — *Post-grad. Med.*, avril 1948, 237-245.
- BERTHAUX (P.). — Le syndrome de Sheehan. (*La Clinique*, 28 février 1954, 49, pp. 97-101.)
- BILLIOTTET (J.) et GOASGUEN (P.). — Guérison rapide d'une anorexie mentale par la déconnexion. (*B. M. Soc. Méd. Hôp. Paris*, 28 mai-4 juin 1954, 70, n° 17-18, 571-574.)
- BINGER. — *Hygera*, juillet 1941, 19, 550.
- BOUTOMNIER (J.) et LEOVICI (S.). — Le rôle de la mère dans la genèse de l'anorexie mentale. (*Cahier Psych.*, 1948, 23, 9.)
- Le facteur psychique dans l'anorexie mentale. (*Pédiatrie*, 1948, 3, 7-12.)
- BRANCH et REISER (D.E.). — Psychiatric difficulties associated with luting. (*Rocky Mountains M. J.*, septembre 1953, 50, 728-733.)

- BROOKS. — Central levels of autonomic functions (1939).
- BROUET (G.). — *Presse Médicale*, 15 novembre 1952, 60, 1552.
- BROSIN. — *Journal of Cl. Endoc.*, 1941, I, 272.
— Symposium on obesity psychology of overeating (including reference to case of alternating anorexia and obesity). (*New England J. Med.*, janvier 1953, 248, 974-975.)
- BRUCKNER. — *Am. J. Med. Science*, 1938, 193-663.
- CARRIER (J.). — L'anorexie mentale. Troubles instinctivo-affectifs. (Thèse, Lyon, 1939.)
- CÉLICE-GROSSIORD. — *Jour. Méd. Fr.*, 1947, 21-2, pp. 24-57.
- CHAMBERS. — *Physiology Reviews*, 1938, 18, 248.
- CHIMÈNES (H.). — De l'anorexie mentale au diabète sucré. (*Presse Méd.*, 12 mars 1955, 63, n° 10, 382.)
- CLÉMENT (R.). — Cachexie de Simmonds. (*Feuillets du Praticien*, 1946, 2838, 4.)
- CODET (O.). — A propos de trois cas d'anorexie mentale. (*Rev. Franç. Psychanal.*, 1948, 12, 81-100.)
- CORNIL. — Les régulations hormonales. (Paris, 1937.)
- CORNIL (L.) et SCHACHTER (M.). — La querelle de l'anorexie mentale. (*Encéphale*, 1939-1941, 2, n° 3, 371-390.)
- COURCHET (J.L.). — Etude d'un cas analytique d'anorexie mentale. (*Evol. Psych.*, 1947, 2, 43-59.)
- CRÉMIEUX (A.). — Les anorexies mentales. (*Congrès Alién. Montpellier*, 1942.)
- DECOURT (J.). — *Presse Méd.*, 1942, n° 45, p. 629.
- DECOURT (J.), BASTIN (R.). — *Progrès Médical*, 1943, 71-4, p. 67.
- DECOURT (J.), GUILLAUMIN (Ch.-O.), BRAULT (A.), VERLIAC (F.). — *Annales d'Endocrinologie*, 1944, 5, 2, p. 69.)
- DECOURT (J.). — *Presse Méd.*, 1946, 36, 23, p. 249.
- DECOURT (J.). — Sur un cas d'infantilisme consécutif à une anorexie mentale. (*Sem. des Hôp. de Paris*, 1947, 23-25, pp. 27-42.)
- DECOURT (J.) et MICHARD (J.). — L'aménorrhée des anorexies mentales. Etude de 32 observations. (*B. M. Soc. Méd. Hôp. Paris*, 1950, 1608-1622.)
- DECOURT (J.) et JAYLE (M.F.), LAVERGNE et MICHARD. — Nosologie de l'anorexie mentale. (*Presse Méd.*, 1951, 59, 792-798.)
- DECOURT (J.). — L'anorexie mentale (1^{re} partie). (*Deutsche Med. Woch.*, 20 nov. 1953, 78, n° 47, 1619-1622.)
— L'anorexie mentale (fin). (*Deutsche Med. Woch.*, 27 nov. 1953, 78, n° 48, 1661-1664, bibliogr.)
— L'anorexie mentale au temps de Lasèque et de Gull. (*Presse Méd.*, 3 mars 1954, 62, n° 16, 355-358.)
— L'anorexie mentale (cachexie psycho-endocrinienne de l'adolescence). (*Strasbourg Méd.*, mai 1954, 114, n° 5, 233-247.)
- DE GENNES, DELARUE (L.) et ROGE. — *Bulletin Soc. Méd. des Hôp.*, 6 mars 1936, p. 387.

- DE GENNES. — Les anorexies mentales. (*Gaz. Méd. France*, déc. 1955, 62, n° 23, 1705-1715.)
- DELATTRE (J.). — Sur les problèmes pratiques posés par le syndrome d'anorexie mentale. (*La Clinique*, juillet-août 1955.)
- DELAY (J.). — La narco-analyse d'une anorexie mentale. (*Presse Méd.*, 1949, 40, 577.)
- DENIAU (L.). — De l'hystérie gastrique. (*Thèse*, Paris, A. Davy édit., 1883, 184.)
- DIGONNET, CAHN, PIERRE et GEORGES. — Etude expérimentale des dérivés de l'androstanolone et de l'androsténediol. (*Thérapie*, 1954, n° 1, 36.)
- DREYFUS (G.) et MAMON (H.). — *Ann. d'Endocrinologie*, 1947, 8, 6, p. 549.
- DUBOIS (Georges). — Contribution à l'étude de l'anorexie mentale. (Paris, 1939, n° 774, 90.973.)
- ELMANUEL (R.W.). — L'activité endocrinienne dans l'anorexie nerveuse. (*J. of Clin. Endocr.*, juin 1956, 16, n° 6, 801-816.)
- ESCAMILLO LISSER. — *J. of Clin. Endocr.*, 1942, 2.)
- FARGUHARSON. — *J.A.M.H.*, 1938, III, 1085.
- FÉRON (J.A.A.). — L'anorexie mentale. (*Thèse*, Paris, 1956, n° 57.)
- FERRIER (M.), RONDEPIERRE (J.), CHARROING (R.) et HUGELIN (A.). — Cure ambulatoire de trois cas d'anorexie mentale. (*Ann. Méd. Psychol.*, juillet 1954, t. 2, n° 2.)
- FRITEL (D.). — Traitement de la maigreur. (*A.M.P.S.*, janvier 1957, n° 157.)
- GIBERTI (F.). — Considérations cliniques et thérapeutiques sur un cas d'anorexie mentale. (*Minerva Med.*, 28 juillet 1953, 44, n° 59-60, 282.)
- GIROUX-DESCLAUX. — *Annales d'Endocrinologie*, 1945, 6, 2, p. 107.
- GOTTESFELD (B.H.) et NOVACS (A.C.). — Narco-analyse et infra-choc insulinaire dans le traitement de l'anorexie mentale. (*Dig. Neurol. Psych. Inst. Living.*, 1945, 13, 486-494.)
- GRENNBLATT (R.B.). — L'emploi de l'A.C.T.H. et de la cortisone dans le traitement de l'anorexie mentale. (*J.A.M.A.*, 1951, 147, 901.)
- GREEP. — *Endocrinology*, 1942, 635, 30 p.
- HAGEDORN (H.C.). — *Acta Med. Scand.*, 23 mars 1955, 151, n° 3, 201-208.
- HERTZ (H.). — L'anorexie nerveuse. (*Acta Med. Scand.*, 1952, suppl. 266, 523-527.)
- KAY (M.A.). — Anorexie mentale : étude du pronostic. (*Proc. Roy. Soc. Med.*, 1953, 46, 669-674.)
- KENNEDY (G.C.). — Psychology of eating. Effects of lesions in hypothalamus on appetite. (*Proc. Nutrition Soc.*, 1953, 12, 160-165.)
- KEYS. — *Science*, 1946, 103, 669.)
- KLOTZ (H.P.) et LUMBROSO (P.). — Remarques cliniques, pathogéniques et thérapeutiques sur l'anorexie mentale. La notion d'« abiorexie ». (*Sem. Hôp. Paris*, 2 février 1955, 31, n° 8, 440-445.)
- KUHN (R.). — L'analyse de l'être de l'anorexie mentale (2^e étude). (*Nervenarzt*, 20 mai 1953, 24, n° 5, 191-198.)

- KYLIN. — *Deutsch. Arch. f. Klin. Med.*, 1937, 180, 115.
- LABÉE (P.). — L'anorexie mentale ; données récentes sur sa pathogénie: (*Acta. Neurol. Psych. Belg.*, 1952, 52, 164-174.)
- LABICHE (A.). — Contribution à l'étude de l'anorexie mentale. (Paris, 1934, 90.973, n° 784.)
- LAFON (R.) et BILLET (M. et B.). — Anorexie essentielle des jeunes filles et encéphalopathie atrophiante. (*Ann. Méd. Psychol.*, 1950, 248-250.)
- LAUNAY (C.). — Anorexie mentale des grands enfants et des adolescentes. (*Gaz. Méd. France*, février 1955, 62, n° 3, 177-186.)
- LAUNAY (C.), TRÉLAT (J.), VERLIAC (F.) et LEFEBVRE (Mme). — Anorexie mentale de la petite enfance et comportement dans la salle de jeux. (*Arch. Franç. de Pédiatrie*, 1956, n° 8.)
- LASÈGUE (Ch.). — De l'anorexie hystérique. (*Arch. Générales de la Médecine*, avril 1783.)
- LE BÉON (R.). — Le psycho-diagnostic rapide de l'anorexie mentale en clientèle. (*Thèse*, Paris, 1951, n° 611, 90.973.)
- LEPRAT (J.). — Syndromes hypophysaires. Etude clinique et étiologique. (*Sc. Méd. Pratique*, avril 1954, n° 4, 133-142.)
- LÉVESQUE (J.), BASTIN (R.). — L'anorexie du nourrisson. (*Encyclopédie de Pédiatrie*, 1^{re} enfance, 1953, 7, 4036 A10.)
- LHERMITTE. — *Journ. des Praticiens*, 1941-1942.
- LHERMITTE et SIGWALD. — *Soc. Neurol.*, 12 novembre 1942.
- LHERMITTE, DE MARTEL, GUILLAUME. — *Soc. Neurol.*, 2 février 1939.
- LOEPER (M.) et BROUET-SAINTON (G.). — *Progrès Méd.*, 1937, 41, p. 1.409.
- LOEPER (M.) et FAN. — *Monde Médical*, 1936, 46, 888.
- LÔO (P.). — Anorexie mentale, maladie de Simmonds, maladie de Sheehan. (*Ann. Méd. Psych.*, mars 1955, 113, n° 3, 369-375.)
- MAC CERLLAG. — *Am. Int. Med.*, 1940, 14, 817.
- MAGENDANTZ. — *J.A.M.A.*, 1940, 114, 1973.
- MARLOCK. — *Proced. Staf. Meet. Mayo Clinic*, 1939, 14, 24.
- MARTIN (G.). — Contribution à l'étude des troubles du caractère chez les anorexiques mentales. (*Thèse*, Lyon, 1946, 90.982, n° 5.)
- MARTINOTTI (G.). — Therapy of psychic anorexia. (*Lav. Neuropsychiatric*, Aug. 1953, I, 13, 121-139.)
- MASSERMAN. — *Psychoanalytic Quarterly*, 1941, 10, 211.
- MATHIS (C.). — Etude de l'effet protéino-anabolisant de l'androstanolone. (Extrait du livre des rapports des *Journées Médicales de France et de l'Union Française*, session de Clermont-Ferrand, 17-21 mai 1956.)
- MAY et ROBERT. — *Ann. de Médecin*, 1935, 384, p. 317.
- MEIGNANT (P.). — Anorexie mentale et narco-analyse. (*Ann. Méd. Psychol.*, 1949, 1, 88.)

- MEMBRIVES (J.R.). — Traitement de l'anorexie mentale par l'A.C.T.H. (*Semana Med.*, 15 novembre 1951, 99, n° 20, 950-951.)
- Traitement de l'anorexie mentale par la corticotrophine. (*Prensa Med. Argent.*, 28 décembre 1951, 38, n° 52, 3407-3411.)
- MERMAN et PARKES. — *Proc. Roy. Soc. London*, 105, 248.
- MICHARD. — Etude clinique, biologique et critique de l'anorexie mentale. (Thèse, Paris, 1950, n° 985, 90.973.)
- MICHAUX (L.). — Troubles de l'affectivité. (*Encyclopédie de Pédiatrie*, 2^e enfance, 1949, 26.560, 5, p. 4.)
- MICHAUX (L.) et GEORGES-JANET (L.). — Un facteur d'anorexie mentale des adolescentes : la répudiation des soucis matériels, affirmation « d'intellectualisme pur ». (*Presse Méd.*, 1^{er} février 1956, 64, n° 9, 181-183.)
- MOCRE et SAMUEIS. — *Am. J. Physiology*, 1937, 96, 278.
- MONRAD-KROHN (G.H.). — L'anorexie mentale avec C.R. d'un cas rare. (*Acta Psych. Neurol.*, 1952, 27, n° 1-2, 125-136.)
- MORTON (R.). — Anorexia nervosa. (*Arch. Générales de la Méd.*, 1689.)
- MULINOS et POMERANZ. — *Proc. Soc. Ex. Biol.*, 1939, n° 79.
- *J. of Nutrition*, 1940.
- NAUDEAU. — 1789.
- NEYTOUP (M.). — L'anorexie de l'enfant et la médecine psycho-somatique. (*Rev. Méd. Suisse Rom.*, 1955, 65, n° 4, 241-260.)
- OSGOOD. — *Endoc.*, 1938, 23, 656.
- PARDEE. — *M. Cl. North America*, 1941, 25, 755.
- PARIENTÉ, TRILLAT (E.). — Troubles des conduites alimentaires. (Février 1955, 37.105, C10, p. 2.)
- PÉRON (N.). — *Paris Médical*, 1938, 29, p. 65.
- POISSON. — Thèse, Paris, 1943, n° 249, 90.973.
- PONTE (E. del). — Anorexie mentale et traitement poly-hormonal (étude clinico-thérapeutique). (*Minerva Med.*, 13 janvier 1955, 46, n° 3-4, 67-75.)
- RAHMAN. — *Psycho-Som. Med.*, 1939, I, 335.
- REIFENSTEIN. — *Med. Clin. North America*, 1946, 30, 1103.
- RICHARDSON. — *Med. Clin. North America*, 1946, 30.
- ROBERT. — Thèse, Paris, 1936.
- ROCHE. — *Revue Méd. Suisse Rom.*, 1941, 761, 311.
- ROLLAND (C.F.). — Psychology of eating, anorexia nervosa. (*Proc. Nutrition Soc.*, 1953, 12, 153-156.)
- RONDEPIERRE (J.) et MAURICE (H.). — Anorexie mentale grave : guérison instantanée par un coma insulinique accidentel. (*Ann. Méd. Psych.*, avril-mai 1941, n° 4-5.)
- ROSSIER (P.H.), STAEHELIN (D.), BUHLMANN (A.) et LABHART (A.). — Une alcalose avec hypokaliémie dans l'anorexie mentale (alcalose de la faim). (*Schweiz. Med. Woch.*, 14 mai 1955, 85, n° 20, 465-468.)

- ROUX (J.A.). — L'emploi de l'isoniazide dans certaines anorexies du nourrisson. (*Pédiatrie*, 1955, 10, n° 1, 68-70.)
- SAWYER. — *Endocrinology*, 1949, p. 18.
- SCHULTZE (E.G.). — Le traitement de l'anorexie chez l'enfant. (*Med. Klin.*, mai 1954, 49, n° 19, 779-782.)
- SCOURAS (P.). — Anorexie nerveuse d'origine complexuelle. Action combinée de l'électro-choc et de la narco-analyse. (*Encéphale*, 1950.)
- SELYE. — *J. of Endocrin.*, 1948, 20, 567.
— *Endocrinology*, 1948, 42, 223.
- SEREBRINSKY (B.). — Anorexie psychique. (*Prensa Med. Argent.*, 5 août 1955, 42, n° 31, 2387-2395.)
- SHEEHAN. — *Quart. J. Med.*, 1939, 8, 277.
- SHELDON. — *Lancet*, 1937, I, 369 ; 1938, I, 257.
- SIEBENMANN (R.E.). — L'anatomie pathologique de l'anorexie mentale. (*Schweiz. Med. Woch.*, mai 1955, 85, n° 22, 530-537.)
- SIMMONDS. — 1914.
- SMALL (S.M.) et MILHORAT (A.T.). — Anorexie nerveuse. (*Am. J. Psych.*, 1943, 100, 681-685.)
- SOULAYRAC-DESCLAUX. — *Ann. d'Endocrin.*, 1947, 8, 4, p. 343.
- STAUBLI-FROLICH (M.). — Les problèmes de l'anorexie mentale. (*Schweiz. Med. Woch.*, 29 août 1953, n° 35, 811-817.)
— Problèmes de l'anorexie mentale. (*Schweiz. Med. Woch.*, 5 septembre 1953, 83, n° 36, 837-841.)
- STEPHENS. — *J. of Clin. Endocr.*, 1941, 1, 257.
- SUNDERMAN. — *J. of Clin. Endocr.*, 8, p. 210.
- TIEGEL (W.). — Le traitement de l'anorexie chez l'enfant. (*Med. Klin.*, 13 août 1954, 49, n° 33, 1297-1298.)
- TOLSTRUP (K.). — Anorexie mentale et hyperorexie chez des frères. (*Acta Paed.*, juillet 1952, 41, n° 4, 360-372.)
- WEILL (J.). — L'anorexie mentale en pédiatrie. (*Progrès Méd.*, 10 janvier 1955, 83, n° 1, 8-12.)
- WEILL (J.) et BERNFELD (J.) et PAUMELLE (P.). — Traitement d'une anorexie mentale par l'isoniazide. (*B. M. Soc. Méd. Hôp. Paris*, 1953, 17, n° 18, 496-506.)
- WERNER. — *Proc. Soc. Exp. Biol.*, 1939, 41, 101.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	13
Etiologie	16
Description clinique	29
<i>L'amaigrissement</i>	29
<i>Les perturbations de l'appétit</i>	30
<i>L'aménorrhée</i>	31
Biochimie de l'Anorexie Mentale	33
Observations	36
Diagnostic	52
<i>Maigreur constitutionnelle</i>	52
<i>Tuberculose</i>	52
<i>Maladie de Simmonds</i>	53
<i>Syndrome de Sheehan</i>	55
<i>Maladie de Basedow</i>	55
<i>Hyperthyroïdie</i>	56
<i>Etats neurotoniques</i>	56
<i>Dépression nerveuse avec anorexie et amaigrissement</i>	57
Traitement	60
Conclusions	67
Bibliographie	69

